Humanização do Parto

política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional

Humanização do Parto

política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional

Mônica Bara Maia

Ao Marcelo, meu amante, meu amado, meu amor

A Mateus e Tomás, que me pariram mãe

A minha mãe, Maria Aparecida, e meu pai, José Henrique,
por tudo aquilo que não cabe em palavras,
mas transborda pelos olhos

Sumário

Prefácio

Em meados de 2009, quando da redação deste prefácio, noticiava-se, ainda outra vez, o aumento dos partos realizados por cesariana no Brasil. Na rede privada de saúde, 84,5% dos partos feitos em 2008 ocorreram por cesariana, um aumento de 5,3 pontos percentuais em relação a 2004. No Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, 31% dos partos realizados em 2008 haviam sido cesarianos, um acréscimo de 3,5% em comparação com 2004 (*Folha de S.Paulo*, 20 jul. 2009, p. C5). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a proporção de partos por cesariana não ultrapasse os 15%, posto que o procedimento amplia os riscos para a mãe e para o bebê.

As autoridades públicas do Brasil não estão alheias a esse fato. Ainda que se possa questionar a intensidade de seu empenho no sentido da superação desse quadro, diversas campanhas em defesa do parto normal foram realizadas no país nos últimos anos. Entre outras iniciativas, procurou-se também, com o mesmo propósito, intervir na formação ofertada pelas escolas de medicina e no sistema de remuneração das organizações hospitalares no âmbito do SUS. Ademais, o Ministério da Saúde implantou, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, tendo instituído também, em 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Estes são marcos normativos e legais da tentativa de consolidação no país de um paradigma de humanização da assistência à parturição, que possa se sobrepor ao modelo hoje prevalecente, calcado em uma excessiva medicalização, e minimizar os impactos negativos da hospitalização do parto.

A despeito dessas iniciativas, contudo, e apesar de pesquisas de opinião registrarem a preferência da maior parte das mulheres brasileiras pelo parto normal, continua crescendo o número de cesáreas realizadas no país. Esse procedimento pode ser pensado como o "padrão ouro" de uma assistência ao parto eminentemente "tecnocrática", como Mônica Bara Maia nos explica neste livro, a qual é fruto da hegemonia adquirida pela medicina sobre o parto e de sua institucionalização nos hospitais.

A produção do conhecimento, como a assistência ao parto, também se tornou progressivamente institucionalizada, sendo hoje balizada pelos padrões, critérios e valores da corporação acadêmica, em larga medida encastelada nas universidades. Em nome da objetividade e da neutralidade, da valorização de critérios ditos científicos e em atenção às carreiras e aos currículos dos pesquisadores, que cada vez mais tornam inquestionável a 'Lattescracia', o saber não raro tem passado a militar em causa própria. Quando esse "padrão ouro" da academia é refutado, o que se tem, muitas vezes, é a transformação do conhecimento em bandeira, em panfleto que, em nome de uma causa, relega a segundo plano as evidências científicas, escarnece do método em função da suposta nobreza da causa em questão e transforma a argumentação em um postulado maniqueísta a contrapor o bem ao mal.

Que o(a) leitor(a) não se engane: o livro que tem em mãos é exemplo notável do saber militante. Nele não se encontrará vestígio nem do "padrão ouro" do academicismo estéril e autocentrado nem, tampouco, do panfletarismo verborrágico e maniqueísta. Neste belo, oportuno e relevante trabalho, originado da dissertação de mestrado da autora, defendida em 2008 no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), Mônica Maia conjuga apuro metodológico e ousadia para, ao articular distintos saberes, contribuir para a elucidação dos fatores que têm obstaculizado o sucesso da política de humanização do parto no Brasil.

Note-se que, mesmo estando o foco do trabalho centrado na política pública, no comportamento organizacional e no *ethos* dos profissionais que atuam na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte, a argumentação da autora deverá servir para alimentar no país o hoje candente debate acerca da humanização do parto. Após sua leitura, por exemplo, o(a) leitor(a) compreenderá melhor a redução da demanda pelos serviços das duas casas de parto hoje existentes na cidade de São Paulo, o fechamento temporário, por demanda judicial, da Casa de Parto do Rio de Janeiro, as gestões feitas pelo Conselho Federal de Medicina e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) junto ao Ministério da Saúde pela alteração da portaria que estabelece e regulamenta o funcionamento dessas casas no país (*Folha de S.Paulo*, 17 jun. 2009, p. C5), bem como as razões e o impacto que se pode esperar da mais recente campanha em favor do parto normal, deflagrada no primeiro semestre de 2009 pelo Conselho Federal de Enfermagem.

No estudo aqui apresentado, a autora parte de uma discussão acerca das razões que fizeram com que o parto deixasse de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, com um toque comunitário, em razão da presença da parteira e eventualmente de vizinhas mais experientes, para

se tornar um "evento dominado pela medicina, institucionalizado nos hospitais e regulado por políticas públicas". Conformava-se, assim, o "modelo tecnocrático" de assistência à parturição, cujas externalidades negativas procura-se hoje reduzir. Trata-se, na verdade, não de um estudo sobre a formação da política de humanização do parto no Brasil, mas sim de uma investigação sistemática acerca da maneira como as disputas em torno do modelo de assistência ao parto obstaculizam a implementação dessa política. Essas disputas são profissionais, contrapondo médicos a enfermeiros; organizacionais, por demandarem ajustes e adaptações nem sempre fáceis e desejáveis da parte dos hospitais, e políticas, por envolverem a intervenção do poder público em jogos de interesse profundamente arraigados.

A investigação reveste-se da maior relevância por sua ousadia em articular, com a argúcia peculiar da autora, ferramental analítico e teórico de distintos campos do saber, como a análise de políticas públicas, a sociologia das profissões, a teoria das organizações, os estudos feministas, a saúde pública e a saúde da mulher, por exemplo. Ademais, nos faz recordar que essas disputas acerca do modelo de assistência ao parto, ao priorizar os meios, muitas vezes relegam a segundo plano os fins, quais sejam: o bem-estar, a saúde e os direitos da mulher e do bebê.

Não pretendo, neste prefácio, sintetizar a argumentação desenvolvida nas páginas subsequentes, que é em ampla medida desmistificadora, nem antecipar as suas conclusões. A brevidade, aqui, tem o intuito de não protelar o início da leitura, devendo, também, ser vista como sinal de minha admiração pela obra. Resta esperar que o livro, simultaneamente informado e acessível, cumpra o papel que dele se espera, tanto de fomento ao debate sobre os modelos de assistência ao parto quanto de respaldo aos esforços de superação dos diversos obstáculos à efetiva humanização do parto no país.

Carlos Aurélio Pimenta de Faria

Cientista político
Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais da PUC-Minas

Apresentação

Em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas. Todavia, a garantia da saúde materna continua uma questão problemática. No Brasil, houve uma importante inflexão nas políticas voltadas para a saúde da mulher a partir de meados dos anos 1980, quando um novo paradigma, que reivindicava atenção integral em todas as fases da vida, começou a se contrapor ao modelo existente, que privilegiava o binômio mãe-bebê e enfocava a atenção à mulher apenas no ciclo gravídico e puerperal. Posteriormente, o próprio modelo de atenção à gravidez e ao parto passou a ser questionado. Tanto a reivindicação da atenção à saúde integral quanto a de um novo modelo de assistência à gravidez e parto têm os mesmos pressupostos: empoderar a mulher, priorizar e promover a saúde, e garantir o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Considerando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, como a pedra fundamental de uma nova lógica para se pensar a assistência à saúde da mulher (Osis, 1998), muito se avançou na elaboração de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher, no país, nos últimos vinte anos, a partir de um marco normativo fortemente influenciado pelo movimento feminista (Paism, 2006). É nesse contexto que se redefinem os aspectos da atenção ao parto, em 2000, com a Política de Humanização do Pré-natal e Parto:

> A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento [PHPN] são assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para

> o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. (Serruya, 2003: 33-34).

O PHPN parte do suposto de que o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária, nem sempre em favor do bem-estar físico e emocional da mulher e/ou do bebê. Em essência, humanizar o parto e o nascimento é resgatar a individualidade e o protagonismo da mulher na hora do parto.

A reorientação no sentido de romper com o tradicional isolamento imposto à mulher, na hora do parto, bem como de adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, está norteada, também, por uma proposta de assistência à saúde baseada em evidências científicas, que traz importantes subsídios nas tentativas de diminuir as margens de incerteza das decisões clínicas, bem como de demarcar parâmetros para estabelecer a má prática clínica (Castiel & Póvoa, 2001).

Nos últimos anos, assistimos a uma agudização na disputa pelo modelo de assistência ao parto no Brasil. Como prática institucionalizada, a legitimidade do modelo tecnocrático se vê confrontada pelo modelo humanístico ou humanizado, que vem orientando as políticas públicas e as normativas governamentais desde 2000, mas tem enfrentado inúmeros embates para sua implementação.

O fato é que parir e nascer, definitivamente, não são processos 'naturais' nem meramente fisiológicos. São eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações (hospitais e maternidades), com poderes e legitimidades

diferenciados. A disputa pelo modelo de assistência ao parto articula uma disputa de políticas públicas, uma disputa organizacional e uma disputa de *ethos* profissional. Embasando essas disputas, tanto o modelo tecnocrático quanto o humanizado partem de representações específicas acerca da mulher, da gestação e do parto.

Procura-se discutir aqui em que medida as políticas nacionais de humanização do parto se operacionalizam na rede hospitalar do município de Belo Horizonte – pública, filantrópica, privada contratada e privada não contratada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – e quais os constrangimentos institucionais para a implementação dessas políticas. O objetivo é analisar o modo como diferentes organizações hospitalares, bem como os profissionais obstetras que nelas atuam (médicos e enfermeiras), respondem às diretrizes nacionais de humanização do parto implementadas a partir da mediação da Comissão Perinatal, uma instância governamental criada pela Secretaria Municipal de Saúde da capital mineira em 1994, com o objetivo de elaborar estratégias para melhorar a qualidade da assistência à mulher e à criança no período perinatal (gravidez, parto e puerpério).

Para atingir os objetivos propostos, as atividades desenvolvidas foram: observação das reuniões da Comissão Perinatal de Belo Horizonte; realização de entrevistas com os/as diretores/as das dez maiores maternidades dessa capital e realização de entrevistas semiestruturadas com médicos/as obstetras e enfermeiras/os obstetras.

Este volume está dividido em quatro capítulos. No primeiro buscou-se traçar a trajetória do modelo de assistência à saúde e do modelo de assistência ao parto no Brasil. O principal objetivo é discutir a maneira como o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, e o seu impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas de saúde, em geral, e nas políticas de atenção ao parto, em particular. O modelo assistencial médico-hospitalar é campo fértil para que o modelo tecnocrático de assistência ao parto – nascido da e junto com a obstetrícia moderna – se legitime de maneira hegemônica e resista às propostas de mudanças das políticas de humanização do parto.

Para avançar no entendimento dos constrangimentos na implementação das políticas públicas de humanização do parto, no capítulo 2 apresenta-se a forma como a própria organização hospitalar se constitui como uma instituição e um ator político, cujo posicionamento depende de suas características intrínsecas, já que 'hospital' é a materialização de sentidos e objetivos, de valores e procedimentos diversos. Além disso, como na organização hospitalar a assistência é prestada fundamentalmente pelas categorias médicas e da enfermagem, discutem-se as particularidades de cada uma dessas profissões e sua relação com o modelo de assistência ao parto.

No terceiro capítulo aprofunda-se a investigação sobre as características dos grandes hospitais/maternidades que atendem parturientes em Belo Horizonte. Os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) referentes a 2005 foram usados para justificar a tipologia com a qual se buscou agregar tais organizações com base em uma lógica que não fosse unicamente a do modelo de financiamento (público ou privado), mas que pudesse falar de uma diversidade maior das organizações. Na segunda parte do capítulo recupera-se um pouco da história de cada um dos dez maiores hospitais que atendem ao parto em Belo Horizonte, suas principais mudanças ao longo do tempo e algumas de suas características. O capítulo se encerra com a análise da implementação de quatro práticas previstas nas políticas de humanização do parto – inserção da doula no acompanhamento do pré-parto; permissão para a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto; uso de métodos alternativos de alívio da dor e realização de parto sem complicações por enfermeiras obstétricas –, considerando-se as particularidades de cada uma das categorias da tipologia proposta.

No quarto e último capítulo, parte-se do pressuposto de que o hospital está em uma posição intermediária entre a política pública de humanização do parto e a prática dos profissionais, tanto médicos quanto enfermeiras. A primeira questão explorada diz respeito à relação do Estado – no caso, o município de Belo Horizonte, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde – com as diferentes organizações hospitalares e seus instrumentos de regulação. A segunda concerne mais especificamente às possibilidades e aos constrangimentos encontrados, na prática, para a mudança do modelo de assistência ao parto, considerando-se o que está preconizado na normativa ministerial, os quais podem ser identificados com base no *ethos* e na prática dos profissionais da obstetrícia.

Como conclusão, em "Os dilemas da implementação", tendo por suposto que as disputas acerca do modelo de assistência ao parto se prestam a nos esclarecer sobre questões de ordem política, cultural e organizacional, são destacados os seguintes aspectos da discussão: parto e desigualdade social; parto e instituição hospitalar; parto e *ethos* profissional da medicina e da enfermagem; parto e constrangimentos determinantes na implementação de políticas públicas.

A dissertação que deu origem a este livro não teria sido possível sem a colaboração de muitas pessoas, às quais gostaria de expressar minha gratidão. Certa feita, eu comentava em casa que precisava ligar para o meu orientador. Meu filho, então, perguntou: "Por que, mãe? Você é desorientada?". Agradeço ao Carlos Aurélio por ter me orientado quando estava desorientada, e me desorientado quando pensava estar orientada.

Na minha trajetória profissional e pessoal, como militante do movimento feminista pela saúde da mulher, sempre estive muito próxima da ginecologia e obstetrícia. Nesse percurso, encontrei médicos e médicas que procuram praticar uma clínica compartilhada com a paciente. Alguns fazem parte de maneira indelével da minha história. Gostaria de registrar aqui meus agradecimentos a essas pessoas.

Ao Gerson Lopes, por ter sido meu primeiro e maior incentivador, me acolhido recém-formada e dado asas à minha inquietação e ao meu destemor. Ao Ricardo Cabral, um caro amigo que não se furta das horas mais difíceis. Além de tudo, ambos foram primordiais para que eu conseguisse entrevistar todos os diretores de maternidades privadas de Belo Horizonte. Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-Minas, particularmente Magda Neves e Léa Souki, inspirações para o desejo de aprender e a disponibilidade de escutar. À Sônia Lansky, que, além de ter me franqueado acesso livre e irrestrito à Comissão Perinatal, me proporcionou conhecer, de fato, o que é ser uma liderança legítima e incansável. Ao dr. Ivo Lopes, um maravilhoso, delicado e pragmático idealista. À Miriam Rego, praticante e divulgadora da arte de partejar. A Tininha, Tila, Rose, Maria Inês, Roney e Roberto, por não me deixarem esquecer quem eu quero ser. Aos meus irmãos João, Rodrigo e Rafael, minha irmã Márcia, meus 'agregados' e meus sobrinhos. Por uma convivência muitas vezes insana, mas absolutamente indispensável. A todos e todas os integrantes da Comissão Perinatal e profissionais que entrevistei, aos quais não agradecerei nominalmente em virtude do nosso compromisso de confidencialidade. Espero estar à altura da confiança que me foi depositada. E, mais importante, espero ter me apropriado da palavra que me foi concedida com o respeito devido.

1
Assistência à Saúde e ao Parto no Brasil

Na construção do sistema de saúde no Brasil, o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular. O modelo de assistência à saúde e o modelo de assistência ao parto se articulam em uma relação não de causalidade, mas de interdependência e de legitimação. Na condição de processos paralelos, que se dão em um contexto histórico, cultural, social e econômico complexo, ambos os modelos estão conectados de modo a se realimentarem.

Desde os primórdios desta nação a assistência à saúde se construiu como um campo de dicotomias e de tentativas de superá-las: Rio de Janeiro *versus* resto do país; urbano *versus* rural; trabalhadores formais *versus* trabalhadores informais e desempregados; norte *versus* sul; prevenção *versus* assistência; ações campanhistas *versus* ações permanentes; previdência individual *versus* saúde coletiva; centralização *versus* descentralização; ricos *versus* pobres; público *versus* privado. O caráter excludente e desigual da assistência sempre foi uma marca da saúde no Brasil, bem como das práticas de assistência ao parto.

O modelo de assistência à saúde que se constituiu no Brasil privilegiou e consolidou as práticas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Soma-se a isso o

fato de que a assistência à saúde no Brasil é oferecida por um *mix* de serviços públicos e privados.

Na constituição da obstetrícia moderna e do seu discurso acerca da mulher e do parto, o modelo tecnocrático de assistência ao parto – nascido da e junto com a medicina obstétrica moderna – encontra solo fértil para se legitimar no Brasil, de maneira quase absoluta, em um contexto de assistência à saúde predominantemente curativo e hospitalar. Não obstante, nos últimos anos a assistência humanizada ao parto e ao nascimento vem sendo regulamentada por normativas governamentais.

Saúde no Brasil: a predominância do modelo curativo e hospitalar

Enquanto colônia, o Brasil não foi alvo de nenhuma preocupação sistemática de Portugal no que tange às questões de saúde dos que aqui viviam, assolados por diversas epidemias como as de varíola, sarampo e febre amarela, entre outras (Machado, 1996; Bertolli Filho, 1999). A colônia quase não tinha médicos e contava com leprosários, algumas Santas Casas e poucos hospitais, que funcionavam de maneira precária[1] (Machado, 1996).

A situação começou a mudar após a chegada da família real ao Rio de Janeiro, no início do século XIX. Foram criados os dois primeiros cursos de medicina do Brasil, bem como a Junta de Saúde Pública. As primeiras ações de saúde pública dessa época se concentraram na capital, Rio de Janeiro, e se voltaram para o controle das epidemias com medidas de saneamento, inspeção sanitária e inspeção dos portos (Machado, 1996).

Com a proclamação da República, os sucessivos governos passaram, paulatinamente, a assumir a responsabilidade de propor e gerir políticas de saúde mais abrangentes. Do fim do século XIX até 1920 observa-se o aumento no número de centros de formação de profissionais da saúde (médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros) e na intervenção governamental mediante políticas públicas, bem como a criação de centros de

---

[1] Destacam-se dessa realidade precária os hospitais militares do Rio de Janeiro e da Bahia (Machado, 1996).

estudo e pesquisa. Ensaiou-se uma política de cunho nacional e a divisão de atribuições entre estados e União (Machado, 1996). A saúde pública, no Brasil, inaugurou-se no começo do século XX com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (Merhy & Queiroz, 1993). A principal motivação era superar as precárias condições de saúde da população, que impactavam negativamente a economia nacional.

A partir dos anos 1920, as políticas de saúde se caracterizaram tanto pela tentativa de estendê-las a todo o território nacional quanto pelo cunho intervencionista e autoritário das ações[2] (Machado, 1996). Também nessa época a assistência médica se incorporou efetivamente ao rol de ações asseguradas à população brasileira, por meio de mecanismos com participação estatal: em 1923, a Lei Eloy Chaves criou as primeiras caixas de previdência, que atenderam, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores (Barros, Piola & Vianna, 1996; Mercadante, 2002). As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) eram organizadas por empresas. Seu sistema era o de capitalização coletiva, financiada de forma tripartite por trabalhadores, empregadores e Estado. Além dos benefícios previdenciários, as CAPs forneciam assistência médica e medicamentos. Porém, inexistiam regras comuns de funcionamento das diversas CAPs e cada órgão estabelecia seu regulamento, que dependia da receita disponível conforme as contribuições (Mercadante, 2002).

Embora as CAPs tenham continuado a existir até os anos 1960, a partir de 1933 o modelo de caixas foi substituído por um modelo menos fragmentado, de vinculação exclusiva à categoria profissional e de caráter nacional, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias com maior controle do Estado (Machado, 1996). No modelo previdenciário das CAPs e dos IAPs não se considerava a prestação de serviços de assistência médica como um direito universal, mantendo-se excluídos dos benefícios todos e todas que não estivessem incorporados ao mercado formal de trabalho, o que determinava o caráter restrito da assistência

[2] "Na área materno-infantil a legislação era ainda mais rígida e autoritária. Em caso de gravidez de mãe leprosa, proibia-se a amamentação e o próprio convívio, retirando-se a criança dos braços da mãe ao nascer" (Machado, 1996: 100).

médica oficial e construía uma "cidadania regulada" (Santos, 1994 *apud* Costa, 2002). Além disso, as instituições previdenciárias eram heterogêneas em relação à legislação específica, ao número de assegurados, à arrecadação e ao percentual de despesas com assistência à saúde (Menicucci, 2007).

A manutenção das disparidades normativas entre os IAPs resultou em reivindicações a favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual (Mercadante, 2002). A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS, lei n. 3807 de 26 de agosto de 1960) padronizou as regras e viabilizou a posterior unificação da Previdência Social, que ocorreu em 1966 – após a instalação do regime militar – com o decreto-lei 72, que criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Com isso, inaugurou-se uma nova fase, caracterizada pela expansão da cobertura dos serviços a categorias ainda não abrangidas, como a dos trabalhadores rurais. Os seguros relacionados a acidentes de trabalho passaram também a fazer parte do novo arcabouço jurídico e institucional da previdência social (Barros, Piola & Vianna, 1996).

A criação do INPS consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. A fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social administrativa, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas pelo Ministério da Saúde (Mercadante, 2002). Como resultado, a assistência médico-hospitalar individual ficou vinculada ao sistema previdenciário e as ações coletivas de saúde pública, ao Ministério da Saúde. Como a previdência social tinha recursos financeiros vinculados e crescentes, foram priorizadas as ações curativas e centradas nos hospitais (Barros, Piola & Vianna, 1996; Machado, 1996; Santos, 2006), e por isso o modelo foi denominado de "hospitalocêntrico".

Segundo Castilho (2003), a dicotomia entre o preventivo e o curativo se origina de um modelo epidemiológico que dividia a saúde em duas fases, a pré-patogênica e a patogênica. A aplicação dessa lógica na política de saúde e na estruturação dos serviços resultou em um sistema no qual o Ministério da Saúde deveria

atender às necessidades "não sentidas" (pré-patogênicas), enquanto o Ministério da Previdência Social se voltava para as "necessidades sentidas" (patogênicas). O problema é que às necessidades "não sentidas" do Ministério da Saúde correspondia um orçamento "não sentido", enquanto que para as "necessidades sentidas", o Ministério da Previdência Social contava com a segunda arrecadação do país, superada apenas pela do Ministério da Fazenda. Além disso,

> a articulação da assistência médica com os interesses privados do complexo médico-industrial, que se constituía no país, a partir da década de [19]60, conferiu-lhe peso político para absorver crescentes parcelas do fundo público. (Barros, Piola & Vianna, 1996: 31)

Na vigência do regime autoritário pós-64, a centralização das receitas públicas e das funções do Estado foi uma importante característica. A unificação do sistema previdenciário, em 1966, transformou a saúde em responsabilidade primordialmente atribuída à União, enquanto estados e municípios perdiam progressivamente sua autonomia como gestores (Barros, Piola & Vianna, 1996). Por fim, durante a ditadura militar, deu-se prioridade à compra de serviços médicos do setor privado, o que provocou um processo de fragilização e redução da presença da rede pública preexistente. Enquanto em 1962 40% dos 236.930 leitos hospitalares eram públicos (incluídos os do sistema previdenciário), em 1976, dos quase 433 mil leitos existentes, apenas 27% eram públicos. Em 1986, a participação dos leitos públicos caiu para 22% (Barros, Piola & Vianna, 1996). A opção privatista consolidou-se com a criação, em 1975, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que chegou a destinar ao setor privado, em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde (Costa, 2002). Soma-se a isso o fato de esse movimento não ter sido submetido a controles ou regras, resultando na concentração espacial dos equipamentos de atenção médico-hospitalar nas regiões Sul e Sudeste.

A orientação política dos anos 1960, favorecendo o segmento médico-assistencial privado, levou à constituição de um "complexo previdenciário" composto por três subsistemas (Menicucci, 2007): o próprio, o contratado e o conveniado. O subsistema próprio era constituído por postos de assistência médica (majoritariamente

públicos) e hospitais do INPS (e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps), que se caracterizavam por serem maiores e mais bem equipados. O subsistema contratado era formado pelo serviço privado, que supria a demanda crescente dos segurados do INPS e era remunerado por US (Unidades de Serviço).[3] Por fim, o subsistema conveniado foi estabelecido por convênios entre o INPS e empresas nos quais, mediante um subsídio, a empresa arcava com a assistência médica de seus empregados, na maioria das vezes de forma terceirizada para "medicina de grupo", "empresas médicas" ou "grupos médicos", criando uma triangulação entre o INPS, a empresa empregadora e a empresa médica. No início da década de 1980, o sistema médico-previdenciário de assistência à saúde mostrava sinais de esgotamento, tanto pela inoperância dos serviços prestados quanto pela crise de financiamento resultante da recessão econômica do período.

Nova mudança na lógica da assistência à saúde no Brasil começou a ser gestada no fim da década de 1970, no contexto tanto do início da transição democrática quanto da profunda crise econômica. Nesse período consolidou-se o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (Mercadante, 2002). Esse movimento de reforma, no sentido da universalização pública da cobertura de saúde, ocorria simultaneamente às propostas de entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), para que se desse maior atenção à saúde (Costa, 2002). O grande marco do movimento foi a 8ª Conferência Nacional

---

[3] A lógica de pagamento por procedimento médico contribuiu para a ocorrência de iatrogenias – alterações patológicas provocadas no paciente por diagnóstico ou tratamento médico de qualquer tipo –, entre elas a prática da cesariana desnecessária, já que o parto cirúrgico foi mais bem contemplado na tabela do que o parto normal. O modelo de pagamento hospitalar será discutido no capítulo 2.

de Saúde, realizada em 1986, cujas resoluções influenciaram o texto da Constituição de 1988.

A Constituição de 1988 é um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde coletiva e determina, no seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único. O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base as diretrizes de hierarquização, descentralização e participação da comunidade. A assistência privada à saúde é livre e as instituições privadas podem participar de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

A nova Constituição, ao separar a saúde da previdência, promoveu uma ruptura com o modelo que prevalecia desde a Era Vargas, o qual atribuía ao Ministério da Saúde[4] apenas a responsabilidade pelo combate às epidemias e tornava a assistência médica uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais (Costa, 2002). Além disso, os princípios norteadores do SUS (universalidade, equidade e integralidade) buscaram conformar um sistema de saúde que revertesse a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar rumo a um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (Mercadante, 2002).

Entretanto, de maneira aparentemente contraditória, foi também nesse período que houve grande expansão da medicina suplementar no Brasil. Se para Pereira (1996) tal expansão resulta dos "efeitos perversos" da universalização da saúde, para

---

[4] O Ministério da Saúde foi instituído em 25 de julho de 1953, com a lei n. 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: o da Saúde e o da Educação e Cultura. Entretanto, segundo Costa (2002), o Ministério da Saúde passou a se constituir como uma força política após 1998, quando o então ministro da Saúde, José Serra, impôs políticas públicas regulatórias (regulação da saúde suplementar, em 1998, aprovação da proposta de emenda constitucional 29, em 2000, e implantação da política dos medicamentos genéricos, em 2000) que escapassem minimamente à orientação geral do governo de priorizar a manutenção da estabilidade macroeconômica.

Menicucci (2007) trata-se de um legado anterior à universalização e que se potencializou basicamente por três motivos: primeiro, como a universalização não resultou de uma reivindicação dos trabalhadores, eles a apoiaram no discurso mas criaram novas formas de diferenciação da assistência; segundo, a universalização não foi acompanhada por uma ampliação da rede pública, e sim pelo aprofundamento da compra de serviços privados – uma prática que já ocorria desde as CAPs; e, por último, a prática dos convênios abriu o mercado para a expansão autônoma da medicina de grupo e das cooperativas médicas.

As empresas do setor suplementar – "uma alternativa opcional e desvinculada da assistência pública de caráter universal" (Menicucci, 2007: 109) –, organizadas em diferentes modalidades, passaram a absorver um grande número de profissionais da saúde, clínicas e hospitais do setor privado, alterando-se o quadro a que esses prestadores se encontravam submetidos, deixando o Estado de ser o comprador quase exclusivo de tais serviços (Farias & Melamed, 2003). Entre 1987 e 1994, houve um crescimento de 73,4% da população coberta pela saúde suplementar no Brasil, que atualmente corresponde a cerca de um quarto da população brasileira. Trata-se do segundo maior mercado privado em números absolutos, superado apenas pelo norte-americano, sendo que o volume financeiro movimentado no setor privado brasileiro de planos de saúde é praticamente equivalente ao volume despendido pelo setor público (Figueiredo, 2007): o gasto total com saúde (público e privado), no Brasil, em 1998, foi estimado em R$ 72 bilhões, sendo que o gasto privado – incluindo o gasto direto das famílias – representou 59% do total e correspondeu a 4,6% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o gasto público representou 41% e correspondeu a 3,3% do PIB (Barros, 2003).

Informações acerca do consumo de planos de saúde no Brasil, obtidas por meio dos dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 e de 2003, mostram que cerca de 25% da população possuem plano de saúde privado no Brasil e, entre estes, cerca de 54% são mulheres; os planos de saúde individuais[5] cobrem cerca de 8% da população, e os

[5] O plano individual é contratado por pessoa física, sendo a contraprestação pecuniária integralmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora.

coletivos,[6] 16% (Andrade & Maia, 2006). O consumo de planos de saúde é explicado, sobretudo, pela renda familiar *per capita*:[7] entre os 20% mais ricos, a posse de plano de saúde é 16 vezes mais frequente do que entre os 20% mais pobres. Por outro lado, a proporção de gastos com seguro saúde é maior no contingente de menor poder aquisitivo. Outra diferença ligada à renda se refere ao tipo de serviço de saúde consumido: os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, e não por motivo de prevenção ou exames de rotina, como observado no contingente de maior poder aquisitivo (Néri & Soares, 2002). Nesse sistema perverso, os indivíduos socialmente mais vulneráveis gastam mais com plano de saúde (proporcionalmente à sua renda), embora tenham direito a menor cobertura do seguro e menos acesso à prevenção e promoção da saúde.

As principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil são (Malta, 2003; Viegas, 2004):

- Medicina de grupo: responsável por quase 34% dos beneficiários da assistência médica supletiva, esse segmento se organizou em torno de proprietários/acionistas de hospitais, criando redes de serviços e credenciando hospitais e laboratórios, pois existia um comprador de serviços que lhes garantia um mercado seguro (o Estado). As empresas de medicina de grupo se associam à Associação Brasileira da Medicina de Grupo (Abramge).

- Cooperativas médicas: possuem 25% dos clientes de planos de saúde e se organizaram, por iniciativa de médicos, com a argumentação da ameaça de perda da autonomia da prática médica e da mercantilização da medicina. Os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil é a entidade máxima do sistema de cooperativas.

---

[6] O plano coletivo pode ser com ou sem patrocinador. O plano coletivo sem patrocinador é contratado por pessoa jurídica e a contraprestação pecuniária é integralmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora. Já o plano coletivo com patrocinador é contratado por pessoa jurídica e a contraprestação pecuniária é, total ou parcialmente, paga pela pessoa jurídica contratante à operadora.

[7] Entretanto, a influência da renda na aquisição do plano de saúde não é direta, e sim uma manifestação da posição do indivíduo no mercado de trabalho.

- Seguro-saúde: as seguradoras, vinculadas ou não a bancos, representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar, com 16% do contingente de pessoas cobertas mediante planos privados de saúde. A instituição provedora realiza a intermediação financeira entre determinado grupo de indivíduos, mediante reembolso dos serviços utilizados. Uma mudança na legislação brasileira permite às seguradoras, além de realizarem a intermediação financeira, contratarem rede credenciada de serviços. Estão associadas na Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg).

- Autogestão: planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o segmento não comercial do mercado suplementar. As autogestões totalizam 285 empresas e aproximadamente 4,7 milhões de beneficiários (15% dos usuários da medicina suplementar). Os planos de autogestão organizam suas redes de serviços, fundamentalmente, mediante o credenciamento de provedores. Estão associadas na União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro se caracteriza como um sistema híbrido,[8] no qual os setores privado e público coexistem no provimento e no financiamento dos serviços. Essa dualidade determina desigualdades sociais e assistenciais importantes: os grupos sociais mais favorecidos têm duplo acesso ao sistema (Viegas, 2004); o setor privado ainda predomina na assistência hospitalar e o setor público, na assistência ambulatorial (Mercadante, 2002);[9] a regulação governamental do setor privado é recente e incipiente (Santos, 2006).

---

[8] Entre os trinta países da OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), todos têm alguma participação do setor privado no financiamento da saúde, mesmo que o sistema público ainda seja prevalente. O *mix* público-privado tem se manifestado como forma de desenho dominante (Andrade & Maia, 2006).

[9] Em 1999, 66,5% dos 7.806 hospitais brasileiros eram privados. Em contraposição, no que se refere aos estabelecimentos voltados para a atenção ambulatorial, 73% dos 41 mil estabelecimentos existentes eram de natureza pública. Em termos hospitalares, esses números representam uma retração de 10,9% no número de leitos do setor privado e um crescimento simultâneo de 6,2% do número de leitos do setor público, em relação a 1990 (Mercadante, 2002).

Retomando o argumento inicial, pode-se constatar que o modelo de assistência à saúde no Brasil privilegiou e consolidou as práticas curativas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Obviamente que tal desenho estimula e reforça uma cultura que valoriza a doença, a especialização médica e as intervenções da alta tecnologia, em detrimento da promoção da saúde, da clínica médica básica e das ações de baixa tecnologia. Articula-se ao modelo curativo-hospitalar o fato de a assistência à saúde no Brasil ser oferecida por um *mix* de serviços públicos e privados. Tal hibridismo, baseado em uma ação suplementar da medicina privada, determina formas distintas de acesso, financiamento, produção de ações e serviços, e de atuação governamental (Menicucci, 2007). Além disso, o sistema híbrido brasileiro é uma marca de classe (rico/privado e pobre/público), de forma que a distinção na produção de ações e serviços também se constitui como uma forma de diferenciação de *status* social. Este último argumento será ilustrado na análise do duplo modelo de assistência ao parto no Brasil.

A análise do modelo de assistência ao parto construído pela moderna medicina obstétrica ocidental desenvolvida a seguir permite mostrar que, no contexto de um modelo de assistência à saúde curativo e hospitalar como o brasileiro, o modelo tecnocrático de assistência ao parto encontra solo fértil para se legitimar de maneira quase absoluta.

Das Parteiras aos Médicos, de Casa para o Hospital: a institucionalização do parto

A prática da medicina europeia, até o século XVIII, tinha uma estrutura tripartite e hierárquica: os físicos, no topo da hierarquia, eram pouco afeitos aos conhecimentos práticos e aos corpos doentes, e tinham uma formação excessivamente teórica e erudita; os cirurgiões, com *status* inferior ao do físico, atuavam nas cirurgias, sangrias, purgas e aplicações de loções e emplastros; os boticários ou apotecários carregavam o estigma do comércio e realizavam a fabricação e a comercialização de remédios (Coelho, 1999; Martins, 2004). O parto, um ritual de mulheres, não era

considerado um ato médico, e ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades no parto, os cirurgiões-barbeiros, também denominados cirurgiões-parteiros, eram chamados a intervir. Essas intervenções eram quase sempre tão ineficazes quanto as das parteiras, e normalmente o papel dos cirurgiões-barbeiros era retirar um feto vivo de sua mãe morta (Domingues, 2002).

Os primeiros manuais de parto na Europa surgiram no século XVI, publicados por cirurgiões-parteiros para a divulgação dos conhecimentos da medicina greco-romana, caída no esquecimento durante a Idade Média (Martins, 2004). Entretanto, a especialidade da obstetrícia só nasceu nas faculdades europeias de medicina na primeira metade do século XIX. Para o surgimento da obstetrícia foi necessário o cumprimento de dois pré-requisitos: que a mulher se tornasse alvo do interesse médico e que a estrutura tripartite da medicina estivesse superada, já que a obstetrícia é uma especialidade configurada de tal modo que não pode prescindir da associação entre a clínica e a cirurgia.

De fato, a medicina após o Renascimento se ocupou intensamente em construir um discurso científico acerca da mulher[10] e de sua natureza, o qual tinha como principal motivação justificar as desigualdades da nova ordem social (Costa, 1996; Laqueur, 2001; Rohden, 2001; Martins, 2004; Martin, 2006). A definição iluminista da mulher baseia-se no determinismo biológico, na centralidade do útero[11] e na descrição de sua vida como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos, entre eles a gravidez e o parto:

> Os tratados de obstetrícia dos séculos XVIII e XIX dedicaram muitos capítulos aos problemas que ocorriam nos dois

---

[10] Na evolução do pensamento ocidental a partir do século XVII, observa-se que, de sinal ou marca, as características físicas passaram a ser entendidas com causa e origem da distinção masculino/feminino. Tal perspectiva pode ser identificada na mudança da percepção do corpo como unissexuado, vigente da civilização grega até o século XVIII, para a noção contemporânea do corpo como bissexuado (Laqueur, 2001).

[11] Essa centralidade do útero é comprovada pelas imagens que ilustram os livros de obstetrícia, nas quais o corpo materno aparece apenas como detalhes do útero grávido (Martins, 2005).

> momentos [a gravidez e o parto], além do fato de que a obstetrícia tornou-se uma especialidade médica a partir da experiência dos cirurgiões em atender somente a partos complicados, o que explica o grande interesse pela patologia dos partos. (Martins, 2004: 40)

No fim do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado por eles e circunscrito às maternidades, o que se efetivou na metade do século XX. Observa-se que antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras,[12] na qual partos "naturais" eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações.

A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímetro, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos)[13] e a práticas cada vez mais intervencionistas, associação esta usada para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos (Rohden, 2001; Martins, 2004; Martin, 2006). Por outro lado, a perseguição às parteiras, sua desqualificação e seu banimento também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos (Tornquist, 2004; Aires, 2006).

Se a Igreja medieval já havia colocado as parteiras no lugar de feiticeiras e bruxas – principalmente pela suspeita de sua relação com o infanticídio e o aborto (Rohden, 2001) –, a medicina iluminista selou sua aliança com o Estado e difundiu a associação entre parteiras e sujeira. Além disso, a parteira articulava, em relação à figura do médico, uma desigualdade de gênero, de classe e de raça (Tornquist, 2004).

---

[12] Inclusive, no século XVII, os médicos passaram a controlar as parteiras, produzindo manuais para sua capacitação. No século XVIII, as parteiras frequentavam escolas comandadas por médicos e disseminadas pela Europa (Martins, 2004).

[13] Cefalobrito: instrumento usado na embriotomia, a prática da retirada do embrião com perfuração do crânio para facilitar a extração.

Mas, adentrando em um campo ocupado por mulheres e investindo em corpos femininos, de cujas dinâmicas tinha pouco conhecimento, a medicina incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e de bebês (Tornquist, 2004). Caso clássico é o das altas taxas de mortalidade materna relacionadas a partos hospitalares, na década de 1870, em função da infecção puerperal. Por isso, as primeiras mulheres a recorrer às maternidades eram pobres e/ou solteiras, que o faziam como último recurso. O que se depreende da história em torno da febre puerperal é que a relutância dos médicos em reconhecer o potencial iatrogênico de sua prática atrasou o combate à infecção em mais de cem anos, apesar de a classe médica estar profundamente sensibilizada para o problema (Nuland, 2005).

A febre puerperal começou a ceder no fim do século XIX com medidas simples, como higienização das mãos dos médicos – com água, escova e sabão – e isolamento das mulheres infectadas (Martin, 2006). Além disso, os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais. A criação de hospitais específicos para a realização dos partos – as maternidades – foi um evento do fim do século XIX. A construção de maternidades objetivava criar tanto um espaço de ensino e prática da medicina da mulher como um lugar onde as mulheres sentissem segurança para parir. Entretanto, somente após a Segunda Guerra Mundial houve queda significativa na mortalidade materna e infantil, mudança menos ligada à obstetrícia do que à medicina como um todo (Tornquist, 2004).

Os hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XIX, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento melhorava em qualidade e segurança devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o parto e às operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos (Martins, 2005). Fechava-se um ciclo, iniciado com os cirurgiões parteiros do século XVIII, munidos de alguns poucos instrumentos e vagos conhecimentos sobre o corpo feminino. O obstetra do fim do século XIX foi capaz de ocupar, no imaginário social, o lugar do cientista, do homem culto, piedoso e

protetor da mulher. Além disso, imagina-se o médico como o conhecedor da mulher na sua anatomia, na sua fisiologia e na sua alma, principalmente quando atormentada pelas dúvidas da gravidez e pelos receios quanto ao parto (Martins, 2005; Marques, 2005).

Em suma, o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. O parto hospitalar serviu à obstetrícia de três maneiras: restringindo a competição com as parteiras, estabelecendo o princípio do controle médico sobre as pacientes e permitindo o treinamento de novos médicos (Domingues, 2002). O parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. E, mais contemporaneamente, de espetáculo.[14]

A consolidação da obstetrícia tanto como especialidade médica legítima quanto como campo passível de conferir *status* ao seu praticante apresenta particularidades em países periféricos, como o Brasil, e em capitais recentes como Belo Horizonte.[15] No Brasil, o ensino e a prática da obstetrícia e da ginecologia foram muito precários até a década de 1870. O ensino era eminentemente enciclopédico e teórico e, em 1867, o professor Matias Moreira Sampaio registrou que "o ensino de partos está longe da perfeição pela falta da clínica respectiva, de modo que podemos dizer que, salvo algumas manobras exercidas no manequim, fazemos somente partos teóricos" (*apud* Brenes, 1991: 141). Após a Reforma Sabóia, em 1882, as duas especialidades (obstetrícia e ginecologia) foram separadas e o ensino passou a contemplar a parte prática. Além disso, como no Brasil os atendimentos obstétricos permaneceram domiciliares até o fim do século XIX, não se observou o surto de infecção puerperal tal qual ocorreu na Europa (Martins, 2004).

Martins (2004) identifica que esse atraso do ensino oficial da medicina no Brasil resultou em uma imposição da autoridade médica apenas às mulheres brancas e com dinheiro, tendo a maioria da

---

[14] Uma pesquisa rápida na Internet evidencia grande número de empresas especializadas em fotografia e filmagem de partos, bem como mais de 14 mil vídeos de partos postados no Youtube.

[15] A conformação da assistência ao parto em Belo Horizonte será analisada no capítulo 3.

população continuado a utilizar as práticas tradicionais até o início do século XX. Assim, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu restrito às elites e classes médias urbanas até essa data. As mulheres pobres, que ainda tinham alguns recursos, recorriam às parteiras. Somente as que se viam na miséria e no abandono recorriam às enfermarias dos hospitais. Hoje, praticamente todas as mulheres, no Brasil, têm seus partos com médicos e em organizações hospitalares (Leal & Viacava, 2002), o que não significou nem o fim da dualidade da atenção no que diz respeito a classe social, por exemplo (Nascimento, 2003; Neumann *et al.*, 2003), nem o aumento da qualidade da assistência (Oliveira *et al.*, 2008).

A mudança do parto doméstico, assistido por parteiras, para o parto hospitalar, conduzido por médicos – passando por uma fase intermediária para as mulheres de classe alta, com o parto domiciliar com médico – resulta de um conjunto complexo de circunstâncias, nem todas completamente compreendidas. Martins (2004) enumera alguns fatores: os partos complicados e as parteiras (bem como os médicos) despreparadas ceifaram muitas vidas; a criação de maternidades separadas de hospitais gerais e a adoção de medidas de higiene e isolamento reduziram as mortes maternas hospitalares; a evolução da técnica da cesariana a tornou segura para salvar a vida de mães e bebês, no caso de partos com complicações; e os médicos se empenharam em divulgar tanto sua técnica e perícia quanto uma postura humanitária e filantrópica.

A assistência médico-hospitalar ao parto e nascimento lhe confere novos significados. De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transforma-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto.

Assistência Medicalizada e Hospitalar ao Parto: o modelo tecnocrático

A compreensão das origens do modelo médico de assistência ao parto construído na modernidade deve contemplar dois aspectos: o fato de que a medicina ocidental iluminista passa a ver o corpo como máquina e o médico como o mecânico, aquele que a conserta; e o reconhecimento de que o modelo de produção

fabril passou a ser aplicado na assistência à gestante, em que metáforas de tempo e movimento são usadas tanto para descrever o "trabalho" de parto (Davis-Floyd, 2001; Martin, 2006) quanto para organizar a assistência.

Na percepção do corpo como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. Dessa forma, o parto é considerado como o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero. Segundo Martin (2006), essa imagem é fundante e fundamental na concepção da obstetrícia moderna, por três razões. Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto. Segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto. Nos termos do modelo tecnocrático duro, o trabalho de parto é visto como processo puramente fisiológico, e não emocional; se algum fator emocional o facilita ou dificulta, ele não é reconhecido como tal – por exemplo, o fato de a mulher ficar sozinha durante o trabalho de parto não é reconhecido como um dificultador do processo. Terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (rompimento do saco amniótico pelo médico, aplicação de ocitocina, realização da cesariana etc.). Em um ambiente hospitalar, tais práticas e rotinas se tornam padronizadas (Davis-Floyd, 2001).

Assim, a imagem fragmentada do corpo máquina e da mulher útero, associada com a ideia do hospital como uma linha de produção, permitiu que se instituísse uma assistência padronizada que inclui a prática de deslocar a mulher durante o trabalho de parto. Nesse sentido, a própria área física das maternidades expressa tal concepção do processo da parturição, com a mulher sendo transferida de leito em leito durante o trabalho de parto, como em uma linha de montagem, frequentemente em diferentes andares de um prédio:

> primeiro no leito de admissão; depois no de pré-parto, fora do centro cirúrgico, até o fim do período de dilatação; para durante a delicada fase chamada de transição [fim da dilatação] a

> mulher ser rebocada para a sala de parto, no centro cirúrgico; depois do qual para uma maca num corredor ou uma sala de recuperação/pós-operatório; em seguida para o leito de puerpério. (Diniz, 2001: 29)

Mas não é só a unidade do corpo da mulher e do processo do parto que se perde; mãe e bebê passam a ser vistos como uma díade conflitante, e não como uma unidade integral (Rothman *apud* Martin, 2006). O parto hospitalar, realizado por médico com o apoio de um intenso aparato tecnológico e fármaco-químico, nos moldes de uma linha de montagem taylorista, tem se tornado o modelo predominante, quando não hegemônico, de assistência ao parto. Tal modelo de assistência ao parto tem sido denominado de "modelo tecnocrático".

Uma das mudanças mais emblemáticas na cena do parto, provocadas pelo modelo tecnocrático, diz respeito à posição da mulher no trabalho de parto e no parto: a medicalização do parto obrigou a mulher a se imobilizar e a se deitar.[16] A posição deitada (litotomia), considerada dificultadora do processo fisiológico do trabalho de parto, se justifica por dois imperativos muito presentes na moderna obstetrícia: facilitar ao médico 'ver' (examinar por meio do olhar) o trabalho de parto, bem como permitir a condução ativa do parto por ele. Martins (2005) denomina de "obstetrícia ocular" essa prática, que articulou a necessidade de ver com a ideia de prevenção e segurança para a mulher e seu filho. Essa nova lógica se contrapõe ao papel tradicional da parteira, cuja função era esperar e aparar, sendo suas mãos os únicos instrumentos necessários.

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher

---

[16] "Atribui-se a François Mauriceau, médico francês do século XVII, a maior influência na mudança da posição da mulher no parto de vertical para horizontal. Ele afirmava que a posição reclinada seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que assiste o parto. A posição supina, deitada de costas, que no início foi usada apenas durante os períodos de expulsão e nascimento, passou a ser indicada também para a fase de dilatação cervical. O aumento do uso de fórceps e da prática das cirurgias, a partir do século XVIII, parece ter sido também importante fator na manutenção das posições reclinadas e de litotomia" (Mamede, Mamede & Dotto, 2007: 333).

ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais (Diniz & Duarte, 2004). As intervenções do modelo tecnocrático de assistência ao parto geram um efeito cascata, ou seja, os médicos submetem as mulheres a intervenções "que podem levar a complicações, gerando intervenções subsequentes, e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado" (Mold & Stein, 1986 *apud* Diniz, 2001: 9). Para Enkin e colaboradores (*apud* Diniz, 2001: 9), a abordagem médico-cirúrgica do parto implica a "substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas". No modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea.

Cesárea: o 'padrão ouro' da assistência tecnocrática

Apesar de os índices de cesárea apresentarem crescimento em vários países do mundo, inclusive Estados Unidos e Inglaterra, o Brasil tem sido considerado um dos campeões mundiais desse tipo de parto. O fato de o sistema de saúde do país ter se configurado de maneira centrada na atenção hospitalar e curativa propiciou sua sedimentação como um solo fértil para a legitimação do modelo tecnocrático de assistência ao parto, criando uma situação *sui generis* que o destaca da realidade mundial. É nesse sentido que é possível pensar em sistemas que se realimentam e se legitimam, mantendo a dificuldade de implementar as políticas de humanização do parto.

Há algumas décadas o número excessivo de cesarianas no Brasil é causa de preocupação. A tendência ao crescimento das

taxas de cesáreas começou nos anos 1970. Segundo dados do Inamps, a proporção de cesáreas no total de partos feitos no sistema público de saúde passou de 15% em 1970 para 31% em 1980 (Perpétuo, Bessa & Fonseca, 1998), e não parou mais de crescer. Diversas foram as causas relacionadas a esse evento: maior valor pago pela tabela do INPS para a cesárea, na década de 1970; medo, por parte das mulheres, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; atendimento centrado no médico, e não em equipes multidisciplinares que incluam obstetrizes; não pagamento de anestesia para o parto normal; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária; a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, esta vista como algo negativo, e entre parto cesáreo e segurança (Faúndes & Cecatti, 1991; Chacham & Perpétuo, 1996). Mais recentemente, o aumento de demandas judiciais em casos de resultados adversos no parto produz no médico um receio maior em relação ao parto vaginal (Besio, 1999).

Na discussão sobre uso apropriado de tecnologia na assistência ao parto, o parto cesariano torna-se um caso exemplar do limite da tecnologia: seu uso excessivo tanto não resulta em benefícios adicionais quanto acarreta maiores riscos de morbidade e mortalidade para a mulher e o bebê (Faúndes & Cecatti, 1991; Domingues, 2002; MacDorman, 2006).

Em artigo de 2006, Villar e colaboradores construíram uma amostra estratificada em múltiplos estágios para 24 regiões geográficas de oito países de América Latina: Argentina, Brasil, Cuba, Equador, México, Nicarágua, Paraguai e Peru. Foram utilizados os dados de 97.095 nascimentos de 120 instituições de saúde selecionadas aleatoriamente de um universo de 410 organizações. A taxa média de cesariana do estudo foi de 33% (maior em hospitais privados, 51%) e os resultados mostraram que – considerando todas as cesarianas realizadas e ajustadas as variáveis de confusão – há um aumento linear do uso de antibióticos pós-parto e de morbidade materna severa com o

aumento das taxas de cesariana, bem como aumento do risco de morte fetal e do número de crianças que requereram internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por sete dias ou mais.

A OMS recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15% do total de partos.[17] Entretanto, as taxas globais de cesariana, no Brasil, estão em torno de 40% de todos os partos, e são extremamente desiguais quando se considera o *status* socioeconômico das mulheres. Já na década de 1970, diversos trabalhos mostravam que as taxas de cesárea eram maiores nos estabelecimentos contratados do que nos próprios da Previdência, e maiores para usuárias dos serviços privados do que para as "indigentes" e as usuárias da Previdência (Rocha, Ortiz & Fung, 1985). Em uma tentativa de corrigir essa distorção, o Inamps publicou a portaria MPAS/SSM-116, de 13 de dezembro de 1979, estabelecendo a equiparação da remuneração médica para parto normal ou cesárea (até então a cesárea pagava mais), o que não reverteu a tendência já estabelecida na década de 1970. Estudo de D'Orsi e colaboradores (2006), com dados de 1998 e 1999, confirmam que as taxas são mais altas nas regiões mais desenvolvidas (mais de 40% no Sul, Sudeste e Centro-Oeste e cerca de 25% no Norte e Nordeste), nos hospitais privados (70% contra 32% dos públicos) e entre mulheres de maior escolaridade e maior renda. A taxa de cesárea nos hospitais privados brasileiros está entre as maiores do mundo, em torno de 80% dos partos.[18]

Alguns pesquisadores acreditam que a diferença de financiamento oculte outras diferenças mais significativas entre

---

[17] A questão acerca de qual é a 'melhor' taxa de cesariana continua em aberto. Como a cesariana é uma intervenção cirúrgica para prevenir ou tratar complicações que poderiam levar à morte da mãe ou do feto/recém-nascido, a taxa mais apropriada deveria se associar com as mais baixas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Althabe e colaboradores (2006) estudaram a associação entre a taxa de cesariana e a mortalidade neonatal em 119 países de renda alta, média e baixa. Os resultados mostraram que nos países de renda alta e média um aumento na taxa de cesariana não reduz a mortalidade neonatal. Por outro lado, nos países de renda baixa, à medida que aumenta a proporção de cesárea reduz-se a mortalidade neonatal, até um certo ponto, a partir do qual a cesariana não mais impacta tal mortalidade.

[18] Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponíveis em: www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_24094.asp. Acesso em: 14 jan. 2007.

classes no Brasil, ou seja, a cesárea tornou-se um objeto de consumo acessível àquelas mulheres que a desejam e podem custeá-la (Yazlle, 2001). Mas a cesariana seria um objeto de consumo de quem, exatamente? Será que as mulheres desejam a cesárea? Os/as médicos/as, quando confrontados com suas altas taxas de cesárea, argumentam que sim. Segundo eles, a "cultura da cesárea" refletiria o desejo das mulheres (Barbosa *et al.*, 2003). Entretanto, tal argumento não se confirma empiricamente. Diversos estudos demonstram categoricamente que as mulheres brasileiras preferem o parto normal, sejam elas usuárias dos serviços públicos ou do serviço privado (Perpétuo, Bessa & Fonseca, 1998; Chacham, 1999; Potter *et al.*, 2001; Hotimsky *et al.*, 2002; Barbosa *et al.*, 2003; Tedesco *et al.*, 2004; Faúndes *et al.*, 2004; Leal *et al.*, 2007). É interessante notar uma apreensão seletiva dos médicos acerca do que seria a "demanda da mulher", ou seja, só é considerado digno de nota o pedido pela cesárea. Já a demanda pelo parto normal é solenemente ignorada pelo profissional da saúde médico.[19]

Por outro lado, estudos sugerem que quando a mulher solicita uma cesárea, tal fato está intimamente relacionado com o modelo da assistência prestada: a demanda pela cesárea, no Brasil, seria uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto "normal" praticado no país é profundamente medicalizado, intervencionista e traumático. Ou seja, a mulher pede a cesárea para encerrar rapidamente um processo que se faz doloroso e solitário, no qual ela não tem direito a acompanhante, precisa esperar demais entre a admissão hospitalar e o parto – porque a admissão se faz muito precocemente, às vezes antes de a mulher estar realmente em trabalho de parto –, é submetida a ações desnecessárias e dolorosas, e a ela não são oferecidas técnicas de alívio da dor, farmacológicas ou não, durante o pré-parto e o parto (Barbosa *et al.*, 2003).

Soma-se a isso o fato de que a liberdade de escolha acerca do tipo de parto é limitada pela falta de informação das mulheres sobre riscos e benefícios dos procedimentos médicos, bem como pela ausência de uma referência diferente de parto que não as

[19] Alguns médicos discutem se seria ético ou não realizar a cesárea a pedido da mulher. O que se observa, entretanto, é que os médicos que defendem a cesárea a pedido não reconhecem a legitimidade do parto normal a pedido.

duas do modelo tecnocrático: um parto normal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea. Além disso, Osava (*apud* Tedesco *et al.*, 2004) observa que as representações do parto são estruturadas pelos sujeitos de acordo com a classe social da clientela: o parto estaria mais relacionado a um ato instintivo para as mulheres das classes populares, e a um ato cultural para as mulheres das classes mais elevadas. Ou seja, o tipo de parto também é uma marca do *status* social da mulher.

Estudo específico sobre as mulheres de Belo Horizonte, realizado por Perpétuo, Bessa e Fonseca (1998), aventa que o alto grau da hospitalização e medicalização do parto, a ausência de uma equipe obstétrica composta por outros profissionais e a "banalização" da intervenção cirúrgica no parto explicariam a resignação da mulher à cesárea, mesmo que isso contrarie sua vontade.

Em um estudo de 2007, financiado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), Leal e colaboradores procuraram identificar os fatores relacionados com a escolha da via de parto pela mulher, nos serviços privados de saúde, considerando três momentos diferentes da gestação: início da gravidez, fim da gravidez e hora do parto. No início da gravidez, apenas 30% das mulheres afirmaram preferir uma cesárea, sendo que a preferência pelo parto normal se relacionou positivamente com a escolaridade da mulher, com a detenção de informação sobre os tipos de parto, com a preferência do parceiro pelo parto normal e com o medo da cesárea. No fim da gravidez, a proporção se inverteu e 70% das mulheres já referiam ter decidido pela cesárea – indicando grande influência do que acontece (ou não acontece) durante o pré-natal –, seja por escolha própria, compartilhada com o médico ou apenas do médico. Na hora do parto, 88% das mulheres foram submetidas a uma cesariana, sendo que 92% delas foram realizadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto. Não foi possível avaliar a indicação médica de 10% dessas cirurgias por absoluta falta de informação no prontuário médico. Nas restantes, avaliou-se que em 92% as indicações foram inadequadas em função da ausência de uma prova de trabalho de parto. Além disso, identificou-se que o manejo do trabalho de parto, quando ocorreu, foi inadequado, mantendo-se práticas condenadas pela

OMS – restrição da parturiente ao leito sem poder se movimentar, hidratação venosa (soro) de rotina, utilização excessiva de anestesia peridural – e baixa incorporação de práticas consideradas benéficas – estímulo à deambulação, presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, ingestão de líquidos no trabalho de parto.

A partir da crítica ao modelo do parto excessivamente medicalizado e aos procedimentos cuja eficácia não está baseada em evidência ou que já foram considerados ineficazes pelas evidências acumuladas até então, surge um movimento em prol da "humanização" do parto (Serruya, 2003; Tornquist, 2003; Diniz, 2005).

Modelo Humanizado de Assistência ao Parto

Em essência, humanizar o parto e o nascimento é um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (Wagner, 2001). O conceito de humanização[20] é amplo e polissêmico, e envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal (Brasil, 2001; Serruya, 2003; Tornquist, 2003; Diniz, 2005). O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, na assistência ao parto, na maioria das vezes segurança e expectância são uma e a mesma coisa, sendo o modelo tecnocrático muito mais ritualístico do que científico.

---

[20] Os debates acerca da humanização do parto se inserem no debate mais amplo sobre a humanização dos cuidados com a saúde, que ganharam sistematização a partir de década de 1970. Para pensar a humanização do cuidado em saúde é preciso considerar, previamente, o que seria desumanizá-lo. Deslandes (2006) indica quatro questões nevrálgicas na análise crítica do sistema médico e suas formas de desumanização do cuidado em saúde: a negação do estatuto de pessoa ao paciente; as tecnologias como substitutas ou mediadoras das relações; os aspectos relacionados à experimentação clínica; as lógicas e relações de poder. Todas podem ser observadas na discussão sobre modelo de assistência ao parto desenvolvida nos capítulos 3 e 4.

Para Davis-Floyd (2001), é possível identificar três modelos de assistência à saúde, e cada modelo compreende 12 aspectos, quais sejam:

- Modelo tecnocrático: a separação corpo e mente; a ideia do corpo como máquina; o paciente como objeto; a alienação do paciente pelo profissional; diagnóstico e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica; padronização da assistência; autoridade e responsabilidade apenas do profissional, e não do paciente; supervalorização da tecnologia (alta tecnologia/baixo contato); intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo e a morte percebida como fracasso; sistema dirigido para o lucro; intolerância com outras modalidades de assistência.

- Modelo humanístico: conexão corpo e mente; o corpo como um organismo; o paciente como um sujeito relacional; conexão e cuidado entre profissional e paciente; diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro; equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; informação, decisão e responsabilidade divididos entre profissionais e pacientes; tecnologia contrabalanceada com humanismo (alta tecnologia/alto contato); foco na prevenção; a morte percebida como um resultado possível; assistência motivada pela compaixão; abertura a outras modalidades de assistência.

- Modelo holístico: unidade corpo-mente-espírito; o corpo como um sistema energético ligado a outros sistemas energéticos; assistência à pessoa completa em todo o seu contexto de vida; a unidade essencial entre profissional e "cliente" (e não mais paciente); diagnóstico e tratamento de dentro para fora; assistência individualizada; autoridade e responsabilidade inerentes ao indivíduo; tecnologia a serviço do indivíduo (baixa tecnologia/alto contato); criação de condições de saúde e bem-estar a longo prazo; a morte como uma etapa do processo; assistência motivada pela cura; prática de diversas modalidades de assistência.

A classificação da autora é instigante porque, para ela, o modelo humanístico não rompe completamente com a lógica do modelo tecnocrático. Apesar de seus avanços em relação ao

modelo tecnocrático, a ruptura real e efetivamente inovadora seria a do modelo holístico.

Em termos da assistência, o modelo humanístico propõe devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico e afetivo. Nesse sentido, preconiza-se que a mulher possa ter, caso queira, um acompanhante de sua escolha em todo o processo do pré-parto, parto e puerpério; tenha liberdade de movimentação; possa receber métodos não farmacológicos para alívio da dor; tenha privacidade e a presença constante de um profissional capacitado para acompanhar o parto; possa escolher a posição de parir; seja a primeira a ver seu bebê e a pegá-lo; e tenha seu medo e sua dor percebidos como legítimos e integrantes do processo. E, de maneira mais radical, humanizar significa vislumbrar o parto como uma experiência de prazer e de gozo feminino.[21]

Reconhecendo a grande distância entre a prática atual de assistência ao parto e a proposta de humanização, e a dificuldade em se ter uma imagem clara deste tipo de parto, sugiro a leitura do Anexo 1, no qual se encontra o relato que uma mulher fez seu parto segundo o que está preconizado na política de humanização.

A forma como esta nova perspectiva de assistência ao parto tem informado as políticas públicas no Brasil será discutida a seguir.

O Parto como Política, a Política do Parto

Compactuando-se com a premissa de Tornquist (2004) – linguagem e cultura estão visceralmente envolvidas com a dimensão biológica e simbólica na vida humana, e é ilusório pensar em um fenômeno corporal apenas em sua dimensão orgânica –, constata-se que parto e nascimento são eventos a um só tempo biológicos, culturais, individuais e políticos.

---

[21] Médicos obstetras brasileiros como Ricardo Jones (RS) e Paulo Batistuta (ES) vêm trabalhando nesta linha. O obstetra e professor universitário Paulo Batistuta elaborou uma exposição de fotos intitulada "Parto: uma dimensão do gozo feminino", de partos realizados na lógica do modelo humanístico, que pode ser conferida no endereço eletrônico www.paulobatistuta.com.br/. Ainda sobre o tema, há o *site* Orgasmic Birth, disponível em www.orgasmicbirth.com.

Um dos eventos mais importantes na mudança da lógica da atenção ao parto e nascimento, resultante do avanço da medicalização do parto, é a institucionalização do parto no ambiente hospitalar. Até meados do século XIX, gravidez e parto eram acontecimentos da esfera privada, partilhados por mulheres no espaço doméstico. A medicalização do parto e da gestação transformou tais eventos em objetos do conhecimento e da prática médica (Chacham, 1999; Serruya, 2003). Ou seja, em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas. Nesse contexto, o parto tem sido cada vez mais um campo tanto de disputa política (*politics*) quanto de políticas públicas (*policies*).

Entretanto, é fundamental compreender que o domínio da parturição pela medicina foi lento, difícil, conflituoso, heterogêneo e incompleto. O processo de medicalização e hospitalização do parto e do nascimento não contou com a pronta adesão das gestantes, que relutaram em deixar suas casas para dar à luz em quartos ou enfermarias de hospitais. Além disso, mesmo onde o modelo se tornou hegemônico ele nunca foi absoluto, e diversas reações contra o modelo tecnocrático questionam sua legitimidade e buscam reconstruir o significado de parto e nascimento (Martin, 2006; Tornquist, 2004).

Wagner (2001) identifica pelo menos três modelos de assistência ao parto: um modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia, centrado no médico e que marginaliza as obstetrizes (EUA, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica, Brasil urbano);[22] o modelo humanizado, com obstetrizes autônomas e empoderadas e baixas taxas de intervenção (Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos); um modelo misto (Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto foi bem-sucedido e, atualmente, o atendimento à parturiente e ao bebê é

[22] A autora não faz referência ao Brasil rural, onde persiste a atuação de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Brasil, 2000).

predominantemente medicalizado e hospitalar. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), apenas 3,2% dos nascimentos no país ocorreram fora do ambiente hospitalar, em 1999 e, se consideradas as outras instituições de saúde, essa proporção cai para 1,3% (Leal & Viacava, 2002). Entretanto, a institucionalização do parto por si só não foi capaz de garantir a saúde materna. A manutenção dos altos índices de morbidade e mortalidade materna em ambientes hospitalares tem sido relacionada com um modelo de assistência ao parto que pratica intervenções excessivas[23] e padronizadas, muitas delas sem comprovação de benefícios e outras comprovadamente danosas ou ineficazes[24] (OMS, 1997; Wagner, 2001).

A discussão sobre humanização do parto também está na interface da luta pela garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. O conceito de direitos reprodutivos nasceu no início da década de 1980 como estratégia discursiva das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva. No plano internacional, o Ciclo de Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), da década de 1990, foi fundamental para a consolidação do conceito de direitos reprodutivos. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – realizada na cidade do Cairo em 1994 – incorporou, no seu documento final de consenso, a seguinte definição para direitos reprodutivos:

> Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir

[23] Entre as intervenções realizadas desnecessariamente ou sem indicação precisa, estão: raspagem dos pelos pubianos (tricotomia); aplicação de enema; indução e/ou aceleração do parto com ocitocina; realização de episiotomia (corte do períneo pelo médico) em todos os partos vaginais; realização do parto com a mulher em posição horizontal; restrição de líquidos, de alimentos e da movimentação durante o trabalho de parto; rotura de membrana; aplicação da manobra de Kristeller e proibição de acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

[24] Há um paradoxo importante com relação à assistência hospitalar ao parto no Brasil: enquanto as gestantes de baixo risco são submetidas a intervenções desnecessárias, as de alto risco não recebem o cuidado adequado (Oliveira *et al.*, 2008).

> livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (*apud* Alves, 2004: 3)

O documento final da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, 1995, reafirmou o conceito e foi além, adotando a posição de que os direitos humanos das mulheres incluem o livre exercício da sexualidade, sem coerção, discriminação e violência (Corrêa, 2001).

O paradigma do direito reprodutivo rejeita a reprodução como um dever ou um destino feminino, demandando a garantia de que a escolha da mulher por 'reproduzir' ou 'não reproduzir' não resulte em risco de vida ou em danos à sua saúde (Diniz, 2000). Os direitos reprodutivos trazem para o debate público temas considerados da esfera privada (gestação, parto, morte materna, contracepção, aborto) e, até então, impossíveis de serem problematizados em sua perspectiva política e de cidadania. Os Estados e os governos são chamados a garantir esses direitos por meio da elaboração de legislação e da implantação de políticas específicas. Tais direitos diferem dos civis ou direitos de liberdade – garantidos quando o Estado não intervém – e se assemelham aos sociais ou direitos de poderes – exigem uma intervenção do Estado para sua efetivação (Bobbio, 1992).

Desde 2000, com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Estado brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde, vem ampliando suas normativas com relação à atenção à gestação e parto, e buscando consolidar um novo paradigma baseado na humanização. A portaria n. 1.067, de 6 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, é explícita nesse sentido:

> A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a

> autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas. (Brasil, 2005a)

Na descrição acerca do que seja uma "assistência qualificada e humanizada" à mulher no pré-parto e parto, a referida portaria destaca, entre outras, as ações de: utilizar o partograma (representação gráfica da evolução do trabalho de parto); oferecer líquido por via oral durante o trabalho de parto; respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto; fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem; permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estimular posições não supinas (não deitadas) durante o trabalho de parto; oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto; executar procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente, e restringir o recurso à episiotomia.

Em suma, considerando as portarias, normas e manuais de procedimentos elaborados pelo Ministério da Saúde nos últimos dez anos, é correto afirmar que o Estado brasileiro incorporou o paradigma da humanização do parto como estratégia privilegiada tanto para reduzir os índices de morte materna quanto para garantir a saúde materna (Redesaúde, 1999; Leão, 2000, 2003; Brasil, 2002; Serruya, 2003; Serruya, Lago & Cecatti, 2004; Santos & Araújo, 2006; Governo e sociedade..., 2006).

A sequência argumentativa do presente capítulo pode ser assim sintetizada: em termos de acesso, a assistência à saúde no Brasil foi marcada pela exclusão, no seu início, e pela diferenciação, mais recentemente. Em termos de modelo de assistência, privilegiou-se a perspectiva curativa e hospitalar. Em termos de financiamento, constituiu-se de um híbrido público e privado. Em termos de ações e serviços há uma marca do *status* social do/a usuário/a. Em termos de atuação governamental, o sistema privado resiste às normativas e regulamentações estatais. Tal estrutura complexa se relaciona com o modelo de assistência ao parto praticado hegemonicamente no país, qual seja, um modelo exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado.

No Brasil, o modelo tecnocrático de assistência ao parto realiza, na dualidade entre as esferas pública e privada, a plenitude de suas duas possibilidades legítimas: um parto "normal" intervencionista e traumático e o excesso de cesarianas, respectivamente. Enquanto os serviços públicos, aos quais tem acesso a população de menor poder aquisitivo, oferecem às suas mulheres o parto normal traumático, os serviços privados, com os quais as usuárias estabelecem uma relação de consumo, oferecem a cesariana como marca de diferenciação e de "modernidade". O acirramento da disputa pelo modelo de assistência ao parto, com a legitimação pública do modelo humanizado, ocorre no mesmo momento em que se acirram as pressões do Estado para regular a saúde suplementar e no qual se busca fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde. Tal *timing* não seria mera coincidência: não seria possível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar toda a lógica de assistência à saúde no Brasil.

Entretanto, a assistência ao parto se relaciona intimamente com a lógica do processo de trabalho do profissional da saúde e da organização hospitalar – que não é só uma, mas muitas, dependendo do hospital e da forma como ele se insere no sistema, como se verá a seguir.

2

Instituição, Organização e Profissão na Assistência ao Parto

As políticas e normativas do governo brasileiro para a assistência ao parto, atualmente, se pautam pelo modelo humanizado. Entretanto, os embates para a sua implementação têm sido inúmeros. Implementação é entendida aqui como a continuação do jogo político, após a elaboração de uma política, agora com outros meios e em cenários diferentes (Meny & Thoenig, 1992; Deubel, 2002). Ou seja, as dificuldades e constrangimentos na implementação de políticas públicas não se resumem a problemas administrativos ou técnicos.

Ao discutir o marco analítico da implementação, Meny e Thoenig (1992) caracterizam a execução de uma política pública como as atividades individuais ou organizativas que transformam condutas com base em um marco prescritivo estabelecido por uma autoridade pública competente. A execução teria, assim, duas faces: uma orientação normativa, que pode incluir a mudança social, e um sistema de ação e seus atores. Ainda segundo os autores, ao se executar uma nova política coloca-se em movimento uma perturbação, uma mudança do que estava posto até então, tanto na burocracia quanto na esfera societária. Nesse processo de mudança social, tanto o destinatário como o executor são elementos-chave. Por isso, a análise deve confrontar o processo de execução (refere-se à teoria ou prescrição normativa) com a estrutura de execução (refere-se à realidade dos fenômenos, à "vida como ela é"). A execução é função de três fatores principais: as

características do programa, o comportamento dos executores e a reação do grupo-alvo.

Pensar as políticas de humanização do parto nessa perspectiva analítica parece profícuo. São muitas as perturbações propostas por essa nova normativa, tanto para os agentes (no caso, as organizações e os/as profissionais que atuam na cena do parto) quanto para as "pacientes" (no caso, as gestantes e suas famílias).

Como, no Brasil, o parto médico-hospitalar e tecnocrático se tornou hegemônico, propor um modelo de assistência à parturição que desloque a atenção tecnocrática para a atenção humanizada significa mudar profundamente o processo de trabalho dos/as profissionais da saúde que atendem ao parto, os quais devem abandonar todo um conjunto de crenças e valores nos procedimentos que os orientam para estabelecer lealdade a outro referencial de crenças e valores. Além disso, os hospitais se organizam em torno do modelo tecnocrático, que compreende desde aspectos referentes à sua área física – divisão dos espaços do pré-parto, parto e puerpério, tal qual uma linha de montagem – até administrativos – como, por exemplo, o tipo de contrato de trabalho e de remuneração por procedimentos que estabelecem com o corpo clínico. Por outro lado, as próprias gestantes e suas famílias esperam por um parto, mesmo que normal, intervencionista e tecnológico, e o parto sem intervenção é associado à ideia de uma medicina pobre e/ou para pessoas pobres (Castro, 2003). A crença de que a tecnologia médica é boa em si mesma, e de que o mal só pode advir de sua privação, e nunca do seu uso excessivo ou sem indicação precisa, está bastante impregnada em nossa cultura (Hotimsky & Schraiber, 2005). Considerando-se esses aspectos, não é inesperado que haja grande conflito em torno da implantação das políticas de humanização do parto.

Retomando-se a ideia de que a execução é função das características do programa, do comportamento dos executores e da reação do grupo-alvo, sobre as políticas de humanização do parto pode-se dizer que, apesar de o programa buscar fundamentação na medicina baseada em evidências, contar com apoio político de movimentos sociais (como o movimento feminista e o movimento pela saúde da mulher) e se basear em um

diagnóstico da situação, ele tem que enfrentar as expectativas dos executores e do grupo-alvo, que são opostas às preconizadas pela política. Soma-se a isso o fato de que, no Brasil,[25] por ser o nascimento um evento predominantemente hospitalar, pensar os conflitos e as dificuldades da implantação da política de humanização do parto chama à cena outro ator, qual seja, a própria organização onde ele ocorre.

Ainda pensando na especificidade das políticas de humanização do parto no Brasil, e do terceiro ator chamado à cena da implementação – a organização hospitalar –, é preciso considerar que o Brasil tem um sistema dual de assistência à saúde: público e privado. Essa dualidade, inicialmente baseada no tipo de financiamento, se estende a toda uma lógica da atenção que resulta em práticas e procedimentos muito diferentes na assistência à saúde, em geral, e ao parto, em particular. Já em 1972, Dias e colaboradores identificaram que as práticas de uso de fórceps e de realização de cesáreas eram mais comuns em hospitais privados do que nos públicos. Outros estudos confirmam que hospitais privados tendem a ser mais intervencionistas (Chacham & Perpétuo, 1996; D'Orsi *et al.*, 2005) e a usar mais medicamentos durante a assistência ao parto (Perini, Magalhães & Noronha, 2005).

Por outro lado, mesmo que as burocracias públicas engendrem distorções e disfunções na execução de políticas, há mecanismos formais para controlar e monitorar, de alguma forma, sua implementação (conselhos locais e municipais de Saúde, ouvidorias etc.). O mesmo não ocorre nos serviços privados, que, em tese, seriam controlados pelo mercado. Ou seja, uma parte significativa de mulheres, normalmente as de classe mais alta, acaba sendo exposta a intervenções de maior risco para a saúde, sem que o Estado consiga (ou tente) regular o setor.

Diante desse quadro, uma perspectiva mais pessimista poderia fazer crer que – da mesma forma que as grandes esperanças de Washington são destruídas em Oakland (Pressman

---

[25] Diversos países adotam modelos diferentes, e o exemplo mais ilustrativo é o da Holanda, onde uma percentagem significativa dos partos é domiciliar (Villa *et al.*, 1999).

& Wildavsky, 1973 *apud* Subirats, 1994)[26] – as políticas de Brasília para a humanização do parto encontram inúmeras resistências para repercutir no nível local, e estariam destinadas ao fracasso. Mas, não é bem assim. Uma observação preliminar indica que não há homogeneidade na resposta às políticas de humanização do parto, e diferentes organizações hospitalares respondem de maneira própria às normativas da política nacional. Ou seja, o *implementation gap* – diferença que existe entre a decisão e a realidade de sua aplicação (Deubel, 2002) – nas políticas de humanização do parto varia, em um mesmo município, dependendo da organização que se observa.

Partindo da proposta de Meny e Thoenig (1992), na qual o processo de execução – no presente caso, a implementação das políticas e normativas de humanização do parto – é função de três fatores principais (características do programa, comportamento dos executores e reação do grupo-alvo), escolhemos explorar o comportamento dos executores, aqui identificados como a organização hospitalar e o profissional obstetra.

Sobre os hospitais, nos interessa entender a diversidade de manifestações desse tipo de organização e como se constitui a rede hospitalar no Brasil,[27] principalmente na perspectiva de sua diversidade, heterogeneidade e relação com o SUS. O conceito sociológico de profissão permite compreender o profissional praticante da obstetrícia (médico e enfermeira),[28] suas particularidades em relação à medicina e enfermagem, assim como as especificidades do exercício da obstetrícia.

As ferramentas analíticas no novo institucionalismo ajudam a costurar os diversos fios dessa trama – política de assistência ao parto, organização hospitalar e *ethos* profissional.

---

[26] Subirats (1994) se refere ao trabalho pioneiro de Pressman e Wildavsky, *Implementation*, de 1973, acerca da implementação de uma política pública de ajuda à população de Oakland, Califórnia. Diante da constatação do fracasso desse programa federal, Pressman e Wildavsky concluíram que o surpreendente era que programas federais chegassem a funcionar de alguma forma.

[27] Conforme discutido no primeiro capítulo, por décadas a assistência à saúde no Brasil centrou-se no modelo curativo e hospitalocêntrico.

[28] Quando, no texto, for feito o uso de 'médico', no masculino, e de 'enfermeira', no feminino, não se trata de uma reprodução automática e acrítica dos estereótipos relacionados a cada profissão, mas de um registro calculado desta diferença.

A Organização Hospitalar

O surgimento dos hospitais, em período imediatamente anterior à Idade Média, está relacionado com razões religiosas, assistencialistas e caritativas, bem como com a segregação social do doente (Marinho, 2004). Por muito tempo o hospital foi lugar de morrer.

Atualmente, tendo se tornado uma instância de cura, os hospitais desempenham múltiplas funções sociais e há diferentes motivações para sua constituição: eles podem se originar do sentido do dever cristão de atender uma população sem recursos financeiros para acessar um serviço privado; podem se fundar na necessidade de um campo de prática para estudantes de medicina; ou podem, ainda, ter o objetivo de ser uma empresa lucrativa, entre outros. O 'hospital' não é uma categoria passível de generalização ampla e irrestrita, pois se trata da materialização de sentidos, objetivos, valores e procedimentos diversos.

Os hospitais são organizações sociais complexas que podem ser analisados com base em múltiplas e diferenciadas características: porte (número de leitos), vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outras (Calvo, 2002). Tal complexidade se exprime na dificuldade em definir hospital. Uma definição possível é: organização que

> provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para pacientes enquanto estes são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, em processo que visa, em última instância, restaurar suas condições de saúde. (Machado & Kuchenbecker, 2007: 872)

No Brasil, a tendência à assistência instrumentalizada e medicalizada da saúde, centrada na organização hospitalar, tornou-se hegemônica após o golpe militar de 1964, com concentração dos serviços nas grandes cidades do sul-sudeste. A saúde coletiva, a atenção básica e as estratégias preventivas e promotoras de saúde foram relegadas a segundo plano até que o modelo entrou em crise. No fim dos anos 1970, a proposta de reorganização da assistência à saúde resultou na elaboração do SUS. Na construção de um sistema de saúde baseado nas premissas

da equidade, universalidade, integralidade, a serem postas em prática em uma rede assistencial descentralizada, hierarquizada[29] e integrada, uma tarefa nada banal é conectar a extensa e diversificada malha hospitalar brasileira.

O primeiro Cadastro ou Censo Hospitalar foi realizado sob a orientação da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde, entre 1941 e 1942, e recenseou no país 1.234 organizações públicas, filantrópicas e privadas, que ofereciam um total de 116.669 leitos (Almeida, 1944): 84 organizações e 24.322 leitos para pacientes psiquiátricos; 64 organizações e 5.561 leitos para tuberculosos; 35 organizações e 18.345 leitos para doentes de lepra; 885 hospitais gerais com 60.167 leitos; 54 maternidades com 2.126 leitos; 31 hospitais infantis com 1.814 leitos; 81 hospitais diversos (isolamento, pronto-socorro, otorrino, convalescentes etc.) com 4.334 leitos. O estado de São Paulo concentrava 310 hospitais e 36.075 leitos.

Em 1971, 84% dos hospitais brasileiros e 66% dos leitos eram particulares e o perfil de atendimento já mostrava grandes mudanças em relação ao quadro epidemiológico e assistencial de trinta anos antes: estabilização do número de hospitais de tuberculose, redução dos hospitais de leprologia e aumento dos hospitais de pediatria e de neuropsiquiatria (Gonçalves, 1977).

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005 identificou 7.155 estabelecimentos com internação no Brasil. Embora o número de estabelecimentos privados (62%) permaneça maior que o de públicos, o setor privado apresentou taxa de crescimento anual negativa em todas as regiões, enquanto o setor público apresentou um aumento que vem se intensificando nos últimos anos (IBGE, 2006). Tais mudanças podem ser atribuídas a dois movimentos paralelos: por um lado o aumento do investimento em organizações públicas e, por outro, a diminuição do interesse privado em concorrer nesse mercado. Além disso, o Estado é o principal comprador dos serviços de internação: entre a totalidade dos estabelecimentos com internação, 79% prestam atendimento ao SUS; especificamente no setor privado, 68% dos estabelecimentos com internação atendem ao SUS (IBGE, 2006).

[29] Em uma rede assistencial hierarquizada, a porta de entrada no sistema é a unidade básica de saúde, da qual se espera alta resolubilidade. Se e quando for o caso, o indivíduo será referenciado para serviços de média ou alta complexidade.

Com relação ao número de leitos, observa-se uma tendência de queda: o número de leitos havia passado de 443.888, em 1976, para 544.357 em 1992, e declinou para 443.210, em 2005. Do total de leitos para internação, em 2005, 34% eram públicos e 66% privados. Dentro da esfera pública, 17.189 são leitos federais, 61.699 estaduais e 70.078, municipais. Dos leitos privados, 82,1% pertencem a estabelecimentos que informaram prestar atendimento ao SUS. A queda de leitos no setor privado ocorreu em todas as regiões e a perda anual no período 2002-2005 foi de 3,2%. No setor público, houve um crescimento de 1,8% no mesmo período (IBGE, 2006). Além disso, entre 1995 e 2005, observa-se queda de mais de 20 pontos percentuais nos gastos do Ministério da Saúde com atenção de média e alta complexidade, que inclui assistência hospitalar e a média e alta complexidade ambulatorial (Carvalho, 2007). A queda tanto no número de leitos hospitalares quanto no recurso gasto com essa categoria de assistência parece refletir a tendência mundial de substituição da hospitalização pela atenção ambulatorial[30] (Marinho, 2004; Carvalho, 2007), bem como o sucesso da priorização e do aumento de cobertura da atenção básica e de procedimentos preventivos (Carvalho, 2007).

No Brasil, entre os 7.155 estabelecimentos com internação, 4.397 (62%) realizam partos, sendo 1.781 públicos (40%), 503 privados (12%) e 2.113 (48%) privados que atendem ao SUS. Ou seja, 60% dos estabelecimentos com internação que realizam partos são privados, com ou sem SUS (IBGE, 2006). Os principais segmentos dos estabelecimentos com internação no Brasil serão caracterizados a seguir.

A Composição da Rede Hospitalar Brasileira

No Brasil, a assistência médico-hospitalar se inicia com a fundação das Santas Casas de Misericórdia, organizações ligadas à Igreja católica, com finalidades caritativas e filantrópicas – o mais antigo hospital no Brasil é a Santa Casa de Santos, fundada por Braz Cubas, em 1543 (Almeida, 1944). As Santas Casas de Misericórdia foram criadas em Portugal em 1498 com o objetivo de proporcionar auxílio espiritual e material aos necessitados, tendo sido um modelo amplamente difundido nas colônias portuguesas

[30] Exemplo recente seria o da desospitalização psiquiátrica no Brasil.

(Marques, 2005). Até meados do século XX, as Santas Casas foram as principais prestadoras de serviços hospitalares no país.

As Santas Casas integram, junto com outros hospitais privados sem fins lucrativos, o setor hospitalar filantrópico, responsável atualmente por cerca de um terço dos leitos existentes no país, constituindo-se em importante prestador de serviços tanto para o SUS quanto para a saúde suplementar. Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Os hospitais filantrópicos apresentam grande participação no volume de internações do SUS, além de expressiva capilaridade e interiorização no território nacional, sendo que o setor hospitalar filantrópico é o único prestador de serviços de saúde vinculado ao SUS relevante para municípios do interior. Por outro lado, também oferece serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte (Portela *et al.*, 2004).

A partir da década de 1930, com a criação do sistema de previdência, intensificado na década de 1950, as organizações hospitalares privadas com fins lucrativos tomaram corpo e ganharam poderio econômico, tornando-se importantes vendedoras de serviços hospitalares ao governo federal e prestando assistência altamente especializada, de alto custo e baixo impacto sobre a saúde coletiva. Quando a compra de serviços hospitalares privados chegou ao ponto de saturação, foram construídos imensos hospitais federais e contratados profissionais de saúde a baixos salários, para atendimentos emergenciais. No processo de implementação do SUS, após a Constituição de 1988, a rede hospitalar federal do centro-sul do país foi repassada para as mãos de governos municipais, nem sempre preparados, naquele momento, para assumir tal responsabilidade (Marinho, Moreno & Cavalini, 2001).

Entre 1997 e 1998, os hospitais privados (com e sem fins lucrativos) contratados pelo SUS foram responsáveis por aproximadamente um terço das internações e consumiram 28% dos recursos do sistema. Entretanto, já se observava uma

importante ampliação da rede própria, especialmente dos hospitais reaparelhados pelos municípios, na ótica de descentralização e municipalização (Marinho, Moreno & Cavalini, 2001).

Outro modo de organização hospitalar é o dos hospitais universitários. Um hospital universitário é uma organização caracterizada por:

> (a) [ser] um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) prover treinamento universitário na área de saúde; (c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população. (Médici *apud* Machado & Kuchenbecker, 2007: 872)

Levando-se em conta a heterogeneidade de organizações hospitalares de ensino existentes no Brasil, que abarcam múltiplas atribuições, vínculos e atores no seu funcionamento, são considerados hospitais universitários típicos os federais, ou seja, aqueles financiados e gerenciados tanto pelo Ministério da Educação (MEC) – uma vez que integram o sistema das Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) – quanto pelo da Saúde (Marinho, Moreno & Cavalini, 2001; Machado & Kuchenbecker, 2007). Atualmente, há 44 hospitais universitários vinculados às Ifes,[31] os quais são responsáveis por cerca de 3% dos leitos e 12% do total de procedimentos realizados pelo SUS, com concentração de atos de alta complexidade. A identidade organizacional do hospital universitário está intimamente ligada à sua vocação para o ensino e a pesquisa (Machado & Kuchenbecker, 2007).

Entretanto, muitas críticas têm sido feitas ao modelo de ensino praticado pelos hospitais universitários, caracterizado por valorizar a tecnologia (em que o paciente é quase um insumo a mais) e a especialização, fragmentar o processo de trabalho e formar médicos incapazes de atuar em uma clínica integral (Campos, 1999; Ferreira *et al.*, 2000; Tavares, 2007). Apesar de financiado com o

[31] Informação disponível em: portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13808&Itemid=512. Consulta em: nov. 2010.

dinheiro público, tal modelo de formação tem conflitado com as demandas da saúde pública, e a distância entre a academia e a prestação real dos serviços de saúde parece contribuir para a crise do setor Saúde. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Ministério da Saúde, lançado em 3 de novembro de 2005, é uma tentativa de integrar o ensino de medicina ao serviço público de saúde.

Em suma, na perspectiva do financiamento, a rede hospitalar brasileira é composta por organizações filantrópicas ou privadas sem fins lucrativos, organizações privadas com fins lucrativos, hospitais universitários e organizações públicas (federais, estaduais e municipais). Na perspectiva da vinculação com o SUS, há os hospitais públicos, os privados que prestam serviços ao SUS e os privados que só atuam na saúde suplementar, ou seja, como "uma alternativa opcional e desvinculada da assistência pública de caráter universal" (Menicucci, 2007: 109). Entre os hospitais que prestam serviços ao SUS, é possível observar uma 'especialização' em sua inserção na rede assistencial. Assim, os hospitais privados com fins lucrativos que atuam no SUS o fazem, preferencialmente, em especialidades (clínica psiquiátrica, por exemplo) em que possam ser ofertados atendimentos de qualidade e complexidade relativamente baixas. Os hospitais universitários realizam procedimentos de elevado custo e alta complexidade. Os filantrópicos e os públicos apresentam complexidade similar, mas os filantrópicos custam mais caro (Marinho, 2004).

Por fim, ainda segundo Marinho (2004), é surpreendente que haja hospitais privados, pois há grandes incentivos para que a firma lucrativa não participe do mercado, ou ofereça serviços em níveis menores que o ótimo, ou pratiquem preços excessivos. Entre os motivos que poderiam afastar a firma lucrativa do mercado, estão: a necessidade de assistir pessoas sem poder aquisitivo, o que reduz a possibilidade de lucro; o fato de os hospitais de ensino e pesquisa terem custos proibitivos para empresas lucrativas; a possibilidade de que situações de emergência e de calamidade exijam a manutenção de capacidade ociosa e o fato de que muitas situações de emergência em saúde são catastróficas em termos de custo (Marinho, 2004).

Para o autor, o principal motivo para a permanência do setor privado na atenção hospitalar é que existem consumidores heterogêneos, sendo que há aqueles que demandam esses serviços por diversos motivos, inclusive ideológicos e para reforço do *status* social, bem como terapias e condições de atendimento também heterogêneas. Além disso, o desempenho dos hospitais sem fins lucrativos depende da concorrência dos hospitais com fins lucrativos, e vice-versa. O que parece implícito nessa afirmativa é que o que alimenta a oferta, além da demanda, seria a concorrência entre ofertas diferentes, o que possibilitaria aprendizado mútuo, bem como criação e incorporação de novos valores em ambos os tipos de organização.

Também sobre organizações hospitalares, há que se apresentar, mesmo que sem aprofundamento, as formas de remuneração dos serviços hospitalares, visto que há uma relação entre remuneração e modelo de assistência.

Remuneração dos Serviços Hospitalares

Segundo Andreazzi (2003), de modo geral há três formas de remuneração de serviços de saúde, incluindo os hospitalares: *ex post* ou pós-pagamento, quando o pagamento ocorre após a produção efetiva do serviço; *ex ante* ou pré-pagamento, na qual é calculado um valor prévio independentemente da produção, com base em critérios variados; e os esquemas mistos, em que se escolhe ou *ex post* ou *ex ante* e se corrige depois, introduzindo-se elementos das outras formas para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

O pós-pagamento tem sido utilizado tanto para os hospitais que atendem ao SUS quanto nas relações entre seguradoras privadas e seus credenciados, mas em modalidades diversas: Pagamento Prospectivo por Procedimento, no SUS, e Taxas por Casos Relacionados por Serviços, na saúde suplementar (Andreazzi, 2003).

O modelo de Pagamento Prospectivo por Procedimento é usado para remunerar serviços hospitalares prestados ao SUS, por hospitais tanto públicos quanto privados – com exceção dos hospitais federais com verba própria e recursos orçamentários (como a Rede Sarah, por exemplo). A Tabela de Procedimentos,

implantada no início da década de 1980, integrava o então denominado Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). O valor financeiro estabelecido para cada procedimento foi calculado, na época, com base em análise das contas apresentadas pelos hospitais durante seis meses. Com a implantação do SUS, o SAMHPS foi renomeado SIH (Sistema de Informações Hospitalares) e continua sendo utilizado como base para o pagamento de hospitais (Carvalho, 2007). O principal instrumento de pagamento é a AIH, ou Autorização de Internação Hospitalar. Já o modelo de Taxas por Casos Relacionados por Serviços, que tem sido usado na saúde suplementar, segue a lógica anterior, mas de forma menos sofisticada, ou seja, para cada serviço estabelece-se um preço global.

O modelo de pagamento por procedimentos (*fee-for-service*) tem sido alvo de críticas. Segundo os que o criticam, tal modelo não considera os esforços dos agentes nem os resultados obtidos. Além disso, pouco observa a relação entre os custos dos serviços e os valores por eles pagos – em particular os valores estabelecidos pelas tabelas do SUS –, o que penaliza os hospitais privados (com ou sem fins lucrativos) que, sem contarem com aportes suplementares de recursos governamentais, prestam serviços ao SUS. A terceira crítica está vinculada ao potencial que esse modelo apresenta para distorções e iatrogenias

O pagamento por procedimentos incentiva o hospital a manter o seu custo de tratamento abaixo do preço estabelecido em tabela, seja aumentando a eficiência, seja utilizando menos recursos do que seria adequado. Além disso, os diagnósticos contidos nas tabelas acabam apresentando diferentes taxas de lucro. Assim, quanto mais invasivo e de mais alta tecnologia for um procedimento, mais alto seu valor na tabela e maior seu potencial de ser lucrativo, de forma que se estimulam o desperdício, o intervencionismo e os investimentos irracionais e acríticos em tecnologia, mais voltados para o aspecto mercadológico do que para a eficiência e resolubilidade dos serviços hospitalares (Andreazzi, 2003; Figueiredo, 2007) ou para os interesses da saúde pública. Um estudo citado por Carvalho (2007) apurou que o SUS paga cerca de R$ 52.000,00 por um transplante de fígado, quando seu custo é de R$

16.000,00; por outro lado, paga apenas R$ 120,00 para tratamento de uma crise hipertensiva, quando seu custo é de cerca de R$ 660,00.

No caso da obstetrícia, um estudo bastante detalhado é o de Raimundini e colaboradores (2003), que analisou os custos dos procedimentos de parto normal e de parto cesáreo, em 2001, em dois hospitais universitários, um no Paraná e outro em Minas Gerais. O custo do parto normal variou de R$ 486,00 a R$ 535,00, e o do parto cesáreo, de R$ 753,00 a R$ 780,00. Atualmente, o valor pago pelo SUS para o parto varia de R$ 315,81 – parto normal – a R$ 689,84 – cesariana em gestante de alto risco (Brasil, 2005b). Ou seja, se considerada apenas a tabela do SUS, o valor do pagamento não cobre os custos do procedimento.

Buscando avançar no modelo de remuneração dos serviços hospitalares, e em resposta à crise crônica dos hospitais de ensino, os ministérios da Saúde e da Educação alteraram a forma de certificação e de financiamento desses estabelecimentos, reintroduzindo a modalidade de orçamentação global, com repasses fixos mensais. O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, lançado em 2004, prevê a "contratualização" das unidades assistenciais mediante a celebração de contrato, no qual são incluídos metas e indicadores de qualidade e de produção de serviços. No fim de 2005, foi proposto o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, nos mesmos moldes. Considerando que em junho de 2004 os hospitais de pequeno porte já haviam sido submetidos a processo semelhante e que os hospitais psiquiátricos são objeto de políticas adequadas às suas especificidades, apenas os estabelecimentos privados lucrativos contratados pelo SUS, não contemplados em outras categorias, continuam a ser remunerados por produção de serviços, sem quaisquer recursos adicionais (Carvalho, 2007). Os novos modelos de contratualização propostos pelo SUS mudam a prática do pós-pagamento para a do pré-pagamento. Tal fato pode significar que o potencial iatrogênico do modelo de remuneração por procedimento possa diminuir nos hospitais atingidos pelo programa de contratualização e permanecer inalterado nos hospitais privados com fins lucrativos que atendem ao SUS. Os impactos efetivos resultantes da mudança do modelo de pagamento dos serviços hospitalares ainda estão por ser verificados.

Medicina e Enfermagem: profissão e *ethos* profissional

Na organização hospitalar, a assistência é prestada fundamentalmente pelas categorias médicas e da enfermagem (incluindo enfermeiros com graduação universitária e os de nível técnico). Com relação à assistência ao parto, como vimos no capítulo anterior, enquanto no século XX ela foi se tornando um ato estritamente médico, no raiar do século XXI a enfermeira obstétrica é chamada à cena. Por isso, interessa aqui aprofundar a compreensão do *ethos* dessas profissões e entender sua relação com o modelo de assistência ao parto.

Uma explicitação do conceito sociológico de profissão se faz necessária tanto para se introduzir a discussão sobre *ethos* profissional quanto para se refletir sobre algumas desigualdades e hierarquias entre medicina e enfermagem. Enquanto o modelo tecnocrático da assistência ao parto é essencialmente centrado na figura do médico obstetra, as políticas de humanização do parto passaram a legitimar a enfermeira obstetra na condução do trabalho de parto e parto normal sem complicações.

Uma importante preocupação da sociologia das profissões é diferenciar profissão de ocupação (Machado, 1996; Coelho, 1999), tarefa nada banal quando se trata de construir uma categoria analítica. Segundo Machado (1996), profissão é uma ocupação que apresenta domínio sobre um corpo de conhecimentos teóricos e práticos complexos, a ser transmitido no curso de um longo processo de aprendizado e treinamento, e que funda a autoridade do profissional em relação ao 'leigo', assim como sua autonomia. Além disso, profissões se organizam em corporações que atuam no sentido de garantir a autorregulação (tanto técnica quanto eticamente) e a regulação do mercado, incluindo a manutenção do monopólio. Para além da definição estanque de ocupação e profissão, é preciso reconhecer que há uma gradação que leva de uma até a outra, ou seja, um processo de profissionalização. A esse respeito, a comparação entre medicina e enfermagem pode ser bastante ilustrativa.

O vocábulo grego *ethos* tem duas acepções originais: na primeira, *ethos* pode ser entendido como costume, e na segunda,

como hábito (Ribeiro, 2003). Segundo Geertz (1989), *ethos* se refere aos aspectos morais e estéticos de uma cultura, seus elementos valorativos; por outro lado, os aspectos cognitivos e existenciais foram designados pelo termo "visão de mundo". Entretanto, a relação entre *ethos* e visão de mundo é circular e dialética, ou seja, os indivíduos retiram conclusões normativas com base em premissas factuais, e conclusões factuais com base em premissas normativas.

Buscando aprofundar o sentido de *ethos* atribuído por Geertz, Caniello (2003) propõe que tal conceito tem identidade com a noção de *Volksgeist* (espírito de um povo), que está sempre traspassado pelo espírito do tempo (*Zeitgeist*). Em suma, o *ethos* tanto impõe limitações e constrangimentos aos indivíduos de determinada cultura quanto, a longo prazo, poderá revelar dinamismos e mudanças, permanências e recorrências:

> o *ethos* guarda a marca da estrutura que conforma a tradição de um povo, seu 'espírito', mas também comporta os influxos da ação dos sujeitos e das pressões conjunturais que interagem com essa estrutura em um determinado tempo histórico. Em uma palavra, considero o *ethos* como a matriz e a moeda dos processos sociais, pois é a resultante de uma dupla dialética entre a estrutura e a agência e entre a tradição e a mudança. (Caniello, 2003: 32)

Para nossos objetivos, *ethos* será utilizado para se pensar a prática profissional. As categorias profissionais passam por complexos processos de legitimação social e elaboram um *ethos* próprio, ou seja, características e tradições que permitem ao indivíduo se reconhecer e ser reconhecido como pertencente àquela comunidade profissional. Trata-se do intento de construir uma imagem, um vocabulário, uma vestimenta, uma prática e uma visão de mundo e de seu objeto de atuação profissional que garanta o "sucesso", ou seja, o reconhecimento de ser um bom profissional tanto para seus pares quanto para o resto da comunidade social mais ampla.

Hierarquias e Desigualdades entre Medicina e Enfermagem

Para Machado (1996) – partindo do suposto que uma das manifestações mais singulares das profissões consiste em definir

realidades, em recriar o mundo do leigo – a profissão por excelência seria a medicina, que ocupa o lugar de paradigma dos projetos profissionais pelos seguintes motivos: possui um corpo de conhecimentos complexo, fechado e específico; monopoliza um mercado com demanda ilimitada e legalmente protegido; a atividade do médico é individual e de responsabilidade intransferível, sendo o trabalho coletivo pouco desenvolvido; e a autonomia é crucial para o seu cotidiano de trabalho.

Por outro lado, tem-se a enfermagem, que pode ser vista como em processo de profissionalização. Mesmo apresentando os atributos que definem uma profissão – os indivíduos a exercem em tempo integral e vivem de sua remuneração; há compromisso com normas e modelos apropriados e identificação com os colegas e a profissão; há corporações que tratam de regular a atuação profissional e o monopólio do mercado de trabalho; há um corpo de conhecimentos teóricos e práticos a ser formalmente transmitido; há um código de ética e uma busca de confiabilidade social; a ocupação adquire autonomia (Moore *apud* Machado, 1996) –, a enfermagem ainda não estaria no mesmo estágio de profissionalização que a medicina.

Entre os aspectos que distanciam medicina e enfermagem no grau de profissionalização, podemos citar a autonomia, que se manifesta mais claramente quando analisamos o mercado de trabalho. De fato, a enfermagem ainda disputa o mercado de trabalho com profissionais de nível técnico. Segundo dados de Mercadante (2002), em 1999 os médicos detinham, no Brasil, 428.808 postos de trabalho e os enfermeiros, 70.175. Tal desproporção resulta do fato de que a maior parte do trabalho em enfermagem realizado nos estabelecimentos de saúde não está a cargo de enfermeiros universitários, mas de categorias auxiliares de menor escolaridade formal. A meu ver, o fato de a enfermagem de nível universitário não monopolizar o mercado de trabalho está relacionado, de certa maneira, com sua dificuldade em estabelecer tanto a singularidade do serviço ofertado quanto a legitimidade do seu corpo de conhecimentos teóricos e práticos, como será analisado adiante.

Ainda com relação à relevância da autonomia para a medicina e a enfermagem, outra manifestação do grau de

importância desse atributo para as duas profissões se relaciona com um modelo liberal de prática profissional. A prática liberal de uma profissão permite ao profissional controlar a produção, a distribuição e a determinação do preço final dos serviços que presta. Em última instância, credita-se à prática liberal a garantia do exercício autônomo e livre de constrangimentos da profissão. Na discussão acerca da profissão médica, uma das questões centrais tem sido o processo recente de mudança de uma atuação autônoma e liberal para o aumento do assalariamento da categoria e da burocratização do processo de trabalho (Schraiber, 1995; Bonelli & Donatoni, 1996; Machado, 1996; Vecina Neto & Malik, 2007). A enfermagem, por sua vez, passa ao largo desse debate, pois nunca foi uma profissão liberal. Suas principais questões se referem à busca de identidade para uma profissão tipicamente feminina e desprestigiada na relação hierárquica e desigual com a medicina (Lopes, 1996; Fonseca, 1996; Lopes & Leal, 2005).

Além disso, as diferenças no grau de atuação autônoma e liberal de ambas as profissões também se manifestam nas formas de contrato e remuneração do trabalho. Enquanto o médico se forma para a atuação liberal (o consultório), a enfermeira está, quase sempre, vinculada a uma organização; as principais exceções, no caso da enfermagem, acontecem quando profissionais se colocam no mercado liberal para cuidados domésticos de bebês, idosos ou doentes. Ademais, enquanto a remuneração do trabalho médico é feita principalmente na forma de pós-pagamento por ato médico, a remuneração da enfermeira é assalariada.

Sem desconsiderar o processo histórico de cada 'profissão' – especialmente sem desconsiderar que a enfermagem surge para ser uma atividade de auxílio à medicina e a ela subordinada –, um aspecto a ser observado na discussão sobre o grau de profissionalização de ambas as atividades é a questão de gênero. Enquanto a enfermagem é uma "profissão no feminino" (Lopes, 1996: 55), a medicina foi, por muito tempo, uma profissão no masculino, até porque as mulheres estavam proibidas de ingressar no ensino superior. No Brasil, apesar da existência de faculdades de medicina desde 1808, a primeira médica brasileira, Maria Augusta Generoso Estrela, precisou se formar em Nova York, em 1881. Foi a Reforma Leôncio de Carvalho, de 1879, que permitiu

o ingresso de mulheres nos cursos superiores.[32] Cem anos depois, no fim da década de 1970, as mulheres representavam apenas 11% dos médicos (Ferreira *et al.*, 2000). Mas, mesmo com o aumento do ingresso de mulheres no curso de medicina, elas continuam restritas a algumas especialidades, tais como dermatologia ou pediatria. As especialidades mais valorizadas, como a cardiologia e a neurocirurgia, por exemplo, permanecem como tipicamente masculinas.

O que se observa com a medicina e a enfermagem é que a conformação do mercado de trabalho está intimamente articulada com as questões de gênero, que também se articulam com o *ethos* de ambas as profissões apoiando-se nas seguintes dualidades: medicina/qualificação e enfermagem/qualidade; medicina/tratar e enfermagem/cuidar.

A medicina se apresenta como um corpo complexo e extenso de conhecimentos técnicos e científicos que precisa ser apreendido através de um longo processo de qualificação que inclui, no mínimo, a graduação universitária e a residência médica. Uma vez formado, o médico "tratará" dos seus pacientes. Por sua vez, a enfermagem é vista como a transferência do trabalho feminino e doméstico, entendido como uma habilidade "natural" para o cuidado, para o espaço hospitalar – e, por isso, a enfermeira universitária ainda concorre com a técnica de nível médio no mercado de trabalho. À enfermeira basta ter as qualidades femininas para "cuidar"[33] dos seus pacientes (Lopes, 1996; Fonseca, 1996; Lopes & Leal, 2005).

A enfermagem nasce como um serviço organizado de maneira caritativa. É uma atividade associada à figura da mulher-mãe curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher, o que contribuiu para sua tardia profissionalização (Lopes & Leal, 2005). Mas, mesmo formalizada como profissão, espera-se que nela ingressem

[32] A primeira mulher médica formada no Brasil, Rita Lobatto Velho Lopes, graduou-se na Faculdade de Medicina da Bahia, em dezembro de 1887.

[33] Espera-se da profissional da enfermagem qualidades percebidas como intrinsecamente femininas na nossa cultura – subordinação, paciência, abnegação, pureza, docilidade etc. (Fonseca, 1996) –, em detrimento de outras mais relevantes para o exercício autônomo de uma profissão, tais como inteligência e criatividade.

preferencialmente mulheres, já que elas são "naturalmente preparadas" para a atividade. E, de fato, a enfermagem se mantém como uma profissão majoritariamente feminina. Tal constatação permite retomar o argumento de que o fato de a enfermagem não monopolizar o mercado está relacionado, também, com sua dificuldade em estabelecer tanto a singularidade do serviço ofertado (muitas categorias podem exercê-lo) quanto a legitimidade do seu corpo de conhecimentos teóricos e práticos (não é necessário treinamento formal para adquiri-lo). Ou seja, trata-se de uma quase profissão cuja condição necessária e suficiente para sua execução é que o 'profissional' seja uma mulher.

Como já visto, tanto o *ethos* da medicina quanto o da enfermagem compactuam de uma mesma imagem de mulher construída no Iluminismo. O discurso científico acerca da mulher e de sua "natureza", que tinha por motivação política justificar as desigualdades da nova ordem social, prendeu a mulher à sua biologia, principalmente à gestação e maternidade, e ao espaço doméstico. A diferença é que, no caso da medicina, a mulher construída pelo Iluminismo é a paciente, e no caso da enfermagem ela é a profissional. Entretanto, as maneiras pelas quais a enfermeira percebe sua paciente é uma pergunta em aberto, fora do escopo deste estudo.

As Especificidades da Obstetrícia

Em termos formais, a obstetrícia é uma especialidade que pode ser exercida tanto por médicos quanto por enfermeiras.[34] De fato, como já visto aqui, a "arte de partejar" nunca foi objeto de monopólio médico. Como especialidade, a obstetrícia possibilita novos olhares para a profissionalização e o *ethos* profissional da medicina e da enfermagem.

A análise de ambas as profissões pelo recorte da obstetrícia evidencia que o que era vantagem se torna desvantagem, e vice-versa. No caso da medicina, dois aspectos relacionados com a

[34] Com relação à especialidade da obstetrícia, há uma interessante diferença, digna de nota, entre o médico e a enfermeira: enquanto o médico só pode ser obstetra, substantivo, a enfermeira também é obstétrica, adjetivo. Obstétricos também são os instrumentos usados no parto. Agradeço a Deise Mesquita por essa importante contribuição.

obstetrícia impactam negativamente a profissão. Como já dito aqui, a medicina ocupa o lugar de paradigma dos projetos profissionais porque possui um corpo de conhecimentos complexo, fechado e específico; monopoliza um mercado com demanda ilimitada e legalmente protegido; a atividade do médico é individual e de responsabilidade intransferível, sendo o trabalho coletivo pouco desenvolvido; e a autonomia é crucial para o seu cotidiano de trabalho. Pois bem, no caso da obstetrícia, o corpo de conhecimentos não é exclusivo da medicina. Antes da constituição da medicina obstétrica, as parteiras eram as depositárias do conhecimento da "arte de partejar" e, atualmente, as obstetrizes e as enfermeiras obstétricas[35] também reivindicam o reconhecimento de seu saber formal sobre o parto. Com relação ao mercado, no caso da obstetrícia não há uma demanda ilimitada; ao contrário, a queda constante e permanente da fecundidade das mulheres tem diminuído sensivelmente esse mercado, o que tanto aumenta a competição quanto diminui o interesse do médico pela especialidade.[36] Por fim, com a implementação de modelos mais humanizados de assistência ao parto, este vem deixando de ser um ato individual, sobre o qual o médico detém completa autonomia, para se tornar um trabalho de equipe.

Por outro lado, no caso da enfermagem, a obstetrícia tem se mostrado uma importante área de *expertise* e de mercado de trabalho, no Brasil. Entre as medidas normatizadas pelo Ministério da Saúde que visam a promover a humanização da assistência ao parto, está o reconhecimento da atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto normal sem complicações. Para implementar

---

[35] "Com relação à capacitação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas, historicamente coexistem dois tipos de programas educacionais: o modelo europeu, ou via direta, com o ingresso em cursos de obstetrícia anexos às escolas médicas ou de enfermagem, e o americano, em que a habilitação formal na área de obstetrícia é concebida como uma especialidade da enfermagem. Diversos países mantêm essas duas modalidades de formação, e o modelo americano representa uma tendência mundial. A via direta tradicionalmente é a mais encontrada na Europa, mas tem sido objeto de interesse crescente em vários países" (Riesco & Tsunechiro, 2002: 449-450).

[36] Segundo dados do *site* da Unimed-BH, há 554 médicos ginecologistas obstetras cooperados (acesso em ago. 2007). A Unimed-BH realiza seiscentos partos por mês (comunicação pessoal de um diretor da cooperativa). Ou seja, cerca de um parto/mês por obstetra cooperado.

tal assistência, o Ministério da Saúde tem financiado cursos de capacitação; introduziu pagamento, pelo SUS, de parto assistido por enfermeira obstetra e criou os Centros de Parto Normal (CPN), unidades privilegiadas de atuação dessa profissional em partos sem distocia (complicações na evolução do trabalho de parto). Ou seja, o exercício da obstetrícia tem oferecido à enfermagem uma valorização do seu corpo de conhecimentos técnicos e práticos, bem como uma expansão do mercado de trabalho, inclusive liberal, por meio da assistência ao parto domiciliar.

Em termos de profissionalização e mercado de trabalho, a obstetrícia tem o potencial de ser cada vez menos interessante para a medicina, ao mesmo tempo que cresce sua relevância dentro da enfermagem.

Com relação ao *ethos* profissional, a obstetrícia é bastante reveladora da distância entre a prática profissional e os atos da medicina e da enfermagem. O médico ginecologista obstetra – ou médico da mulher – guarda importantes particularidades: é o homem culto e cientista, e ao mesmo tempo piedoso e protetor, aquele para o qual a anatomia, a fisiologia e a alma da mulher não guardam segredos (Martins, 2005; Marques, 2005). A medicina da mulher, nascida da necessidade de justificar a desigualdade de gêneros mediante um discurso científico, adota uma prática de assistência normativa e domesticadora de corpos percebidos como instáveis e defeituosos. Dessa forma, o modelo tecnocrático de assistência ao parto é a expressão de duas imagens articuladas: a imagem do médico, dotado da tecnologia e imbuído da boa intenção, e a da mulher incapaz, submissa, objetificada, fragmentada, presa a um corpo e a uma fisiologia patológicos e imperfeitos.

Assim, de maneira geral, se por um lado os médicos obstetras percebem o parto como um processo potencialmente patológico e que demanda intervenções a fim de se manter o controle sobre a mulher e o nascimento, as enfermeiras o veem como processo fisiológico a ser realizado com pouca ou nenhuma intervenção, no qual o bem-estar geral das parturientes e suas emoções devem ser considerados (Davim & Bezerra, 2002; Angulo-Tuesta *et al.*, 2003; Sodré & Lacerda, 2007). A própria forma como o profissional nomeia a sua assistência ao parto é um importante sinal dessa

diferença: o médico "faz" ou "conduz" o parto, enquanto a enfermeira o "assiste" (neste caso, quem faz o parto é a parturiente).

Como já dito, entre as práticas preconizadas na política de "assistência qualificada e humanizada" à mulher no pré-parto e parto, estão o respeito à privacidade e escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; o fornecimento de todas as informações e explicações que as mulheres desejarem; a permissão para a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; o estímulo às posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto; o oferecimento de métodos alternativos e não farmacológicos para alívio da dor e o uso restrito de episiotomia. Nessa nova lógica, que busca devolver à mulher o lugar de dona do seu parto, tornando a assistência menos invasiva e mais expectante, pode-se afirmar que, pelo menos em tese, seria mais fácil o exercício do modelo humanizado pela enfermagem do que pela medicina, quando se consideram a formação e o *ethos* profissional. Entretanto, o profissional atua majoritariamente no ambiente hospitalar – excetuam-se as casas de parto e o parto domiciliar –, e aqui uma relação complexa se estabelece. O novo institucionalismo fornece ferramentas que permitem analisar o espaço dessa relação.

Políticas de Assistência ao Parto e Novo Institucionalismo

Uma vez estabelecidos parâmetros para a compreensão do jogo político da implementação das políticas de humanização do parto por intermédio dos executores organizacionais (hospitais) e individuais (obstetras) da política, o novo institucionalismo será tomado como instrumento de análise da relação entre organizações e indivíduos, e destes com as políticas de humanização do parto.

Os estudos organizacionais nasceram das profundas transformações geradas pelo capitalismo industrial, quando se acreditava que a promessa iluminista da cientificidade e da racionalidade se materializava nas organizações modernas. Contemporaneamente, reconhece-se que qualidade, racionalidade, eficiência, ética e objetividade não são virtudes inerentes às organizações (Reed, 2006). Tal constatação levou sociólogos neoinstitucionalistas a preconizar que as formas e os procedimentos

utilizados pelas organizações modernas, para além de sua suposta motivação para a eficácia, devem ser vistas como práticas culturais (Hall & Taylor, 2003).

O objetivo expresso das organizações é prover a comunidade de bens e serviços. Entretanto, sendo a organização uma arena na qual se disputam legitimidades, poderes, interesses e valores, seu objetivo menos explícito é o de reproduzir a si mesma reproduzindo instituições. Assim, em uma analogia que não é original, enquanto a organização é o time, a instituição são as regras do jogo.

Apesar de não haver consenso em torno do conceito de instituição, este é fundante e fundamental na sociologia para a compreensão da ação social, seja ela individual, coletiva ou organizacional. Especificamente nas análises organizacionais, mas não apenas nelas, estão subentendidos dois modelos distintos de ator social: o racional e o institucional. No modelo racional, os indivíduos estão permanentemente envolvidos em cálculos de custo e benefício das diferentes alternativas de ação, e o comportamento segue critérios de maximização de utilidade. No modelo institucional, os indivíduos aceitam e seguem normas sociais, sem reflexão, resistência ou questionamento, unicamente baseados em seus interesses particulares (Tolbert & Zucker, 2006). Esses autores propõem que tais modelos não sejam tratados como opostos e excludentes, e sim como polos de um *continuum* de processos de tomadas de decisões e comportamentos, que podem ser mais ou menos racionais, dependendo de fatores diversos.

O modelo de assistência ao parto está sendo considerado aqui como uma prática institucionalizada que, por sua vez, legitima outras instituições: os hospitais, a medicina, a imagem iluminista da mulher. Dessa forma, o que as novas políticas de assistência ao parto objetivam, em última instância, é produzir um processo de reinstitucionalização (Jepperson, 1991), ou seja, a mudança de uma forma institucionalizada (modelo tecnocrático) para outra (modelo humanizado), organizada em torno de princípios e regras diferentes. A política de assistência ao parto é percebida e executada de diferentes maneiras, em diferentes organizações hospitalares e por diferentes categorias profissionais. No caso da humanização do parto, o jogo político da implementação precisa enfrentar instituições poderosas no imaginário social.

Segundo Immergut (1998) e Bell (2002), o novo institucionalismo difere do velho ao rejeitar a tese de que o comportamento observado (como a pessoa vota, por exemplo) pode ser o dado básico para a análise política. O novo institucionalismo, ao se contrapor às perspectivas behavioristas, defende que para se compreender a ação individual e coletiva é preciso analisar as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais, ou seja, as "instituições" (Hall & Taylor, 2003).

Entretanto, o novo institucionalismo não é uma corrente teórica homogênea, e suas três vertentes (a da escolha racional, a histórica e a sociológica) divergem nas respostas às suas duas principais questões: como se constrói a relação entre instituição e comportamento?; como se explica o processo pelo qual as instituições surgem ou se modificam? (Hall & Taylor, 2003; Théret, 2003). De fato, se existe uma analogia para descrever a questão principal do institucionalismo, esta é com o dilema do ovo e da galinha – o que vem primeiro, as instituições ou os indivíduos? –, questão presente na própria gênese da sociologia, ainda não respondida, e que por isso mesmo continua se reproduzindo com novas roupagens.

O institucionalismo da escolha racional enfatiza o caráter instrumental e estratégico do comportamento dos indivíduos, e as instituições reduzem a incerteza em relação à ação dos outros, na medida em que oferecem uma certeza maior ou menor quanto ao comportamento presente e vindouro dos atores. Nesse caso, as instituições são o resultado intencional, quase contratual, e funcional da estratégia de otimização de ganhos e redução de custos de transação, por parte dos agentes. A permanência de determinada instituição resulta do fato de ela oferecer mais benefícios aos atores interessados do que as formas institucionais concorrentes.

Por seu turno, o institucionalismo sociológico – surgido no quadro da teoria das organizações – apresenta um enfoque cultural e enfatiza a dimensão rotineira do comportamento e o papel da visão de mundo do ator na interpretação das situações. Ou seja, o comportamento jamais é plenamente estratégico ou calculado. A instituição corresponde aos sistemas simbólicos, esquemas cognitivos e modelos morais sobre os quais se baseiam na

interpretação e a ação dos sujeitos, e sua manutenção ou mudança depende do grau de legitimidade que lhe é conferido pelo ambiente cultural mais amplo.

O institucionalismo histórico, por sua vez, mistura os dois enfoques, e os atores tanto calculam com base em seus interesses quanto têm diferentes visões do mundo, correspondentes a suas posições e contextos sociais. Os interesses seriam construídos politicamente; cálculo e cultura se combinam. As instituições, ao mesmo tempo que constrangem, fornecem os meios para a mudança. As instituições existem para regular os conflitos inerentes à diferenciação de interesses e à assimetria de poder.

Pensando no conceito de instituições, Prates (2000) identifica outra diferença entre o novo e o velho institucionalismo, qual seja: enquanto o velho institucionalismo utiliza o conceito sociológico de instituição para organizações concretas, para os novos institucionalistas o conceito sociológico de instituição só se aplica aos sistemas de procedimentos e controles normativos de natureza macrossocial. No velho institucionalismo, as organizações formais teriam duas faces: uma econômica, com ênfase na dimensão racional da ação instrumental, e outra como sistema de ação social, com ênfase nas dimensões normativas e de personalidade. Em um processo de "institucionalização organizacional", o arcabouço formal das organizações é preenchido por valores e moralidade, de tal forma que uma organização institucionalizada passa a agir em seu próprio nome, adquire *status* de realidade e se comporta como ator estratégico. Assim como o ator individual, o ator organizacional tem caráter distintivo e identidade própria, e ambos são capazes de desenvolver ações estratégicas em seu ambiente. A atribuição de *status* político às instituições organizacionais permite vê-las como focos estratégicos de articulação de identidades e interesses, participando da definição que qualifica o participante legítimo das decisões políticas. Segundo Prates (2000), negar tal fato implica um empobrecimento teórico.

Porém, essa perspectiva não está de todo perdida no novo institucionalismo. Para Prates (2000), na concepção de instituição, é possível vislumbrar duas vertentes no novo institucionalismo: a primeira utiliza ambiente, setor ou campo organizacional como unidades de análise do comportamento organizacional, não

havendo espaço para se pensar a organização como unidade de análise e ator político; a segunda reconhece o caráter macrossocietal das realidades institucionais, mas procura identificar seus efeitos no nível micro da organização. Como proponho pensar o hospital como uma unidade de análise, passemos direto para a segunda vertente do novo institucionalismo, a que Prates denomina "abordagem contextual interpretativa". Uma das proposições que informam essa vertente é a de que, nas sociedades pós-industriais, a "institucionalização de mitos, travestidos de princípios racionais de administração" (Prates, 2000: 132), é elemento essencial da vida organizacional. Nesse caso, as práticas organizacionais resultariam da tensão entre as normas culturais institucionalizadas pelos mitos e as normas técnicas de eficiência.

Ainda nessa perspectiva, a tomada de decisão nas organizações complexas é regulada tanto por normas, valores e regras de natureza simbólica quanto por interesses, experiência prática e nível de satisfação. Para Prates (2000), essa vertente do novo institucionalismo seria subsidiária do modelo neoweberiano da sociologia das organizações, segundo o qual as atividades organizacionais não podem ser explicadas por uma dicotomia formal/informal, pois resultam de uma associação entre elas: as organizações são sistemas que operam em alguns setores como burocracias fechadas, baseadas em rotinas e impessoalidade, e em outros como ambientes abertos à negociação e regidos por fatores não racionais. Tal modelo busca identificar microcenários de ação de seus membros sem perder de vista as dimensões estruturais da organização. Por isso essas abordagens do novo institucionalismo privilegiam a dimensão simbólica das instituições e as dimensões da vida cotidiana das organizações. Na abordagem contextual interpretativa, o conceito de instituição "põe em evidência as realidades de natureza simbólica que legitimam e viabilizam os arranjos e regras de comportamento organizacional, que dão sentido de ordem às atividades cotidianas de seus membros" (Prates, 2000: 139). Nesta investigação, procurei articular a descrição do microcontexto organizacional com uma interpretação macroinstitucional do comportamento organizacional.

Como já dito aqui, há diferentes motivações para se fundar uma organização hospitalar: um hospital pode se originar do

sentido de dever cristão de assistir uma população carente, da necessidade de um campo de prática para estudantes de medicina, ou com o objetivo de ser uma empresa lucrativa, entre outros. Por isso, uma descrição do microcontexto organizacional é fundamental para se compreender lógicas particulares e identidades organizacionais, já que 'hospital' é a materialização de sentidos e objetivos, de valores e procedimentos diversos. Por outro lado, considerando-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto como uma norma cultural institucionalizada, uma pergunta pertinente seria: como diferentes modelos de assistência ao parto se relacionam com as diferentes formas de organização hospitalar, e vice-versa? Outra questão seria: qual o papel de diferentes organizações hospitalares – seja facilitando, seja dificultando – na implementação das políticas de humanização do parto? E ainda caberia investigar qual o papel das categorias profissionais que atendem ao parto (médicos e enfermeiros) e que sentido conferem às suas práticas e ações, na assistência ao parto.

Uma mirada sobre as grandes organizações hospitalares que atendem ao parto, em Belo Horizonte, é uma forma de avançar nessa análise.

3

Parir e Nascer em Belo Horizonte

O modo como a assistência ao parto e nascimento se organiza em Belo Horizonte é o objeto deste capítulo. Um panorama geral sobre a evolução das características do parto e do nascimento no município no período de 1996 a 2004 foi sintetizado na Tabela 1. Os dados mostram que, desde 1999, o município registra, por ano, uma média de 55 óbitos de gestantes para cada cem mil nascidos vivos. Apesar de essa razão de morte materna ser metade da nacional, os números são muito superiores ao desejável.[37] Observa-se, ainda, uma tendência de queda na fecundidade: entre 1996 e 2004 o número de nascidos vivos na cidade decresceu em cerca de 20%. Os índices de cesárea do município estão em quase 50%, com leve crescimento ao longo do período, e a ocorrência de prematuridade mostra tendência de aumento, o que tem sido associado à prática de cesárea eletiva, ou seja, aquela realizada com dia e hora marcados, antes do início do trabalho de parto.

Uma vez constatado que as organizações hospitalares se tornaram absolutamente hegemônicas na assistência ao parto em Belo Horizonte, torna-se pertinente aprofundar a observação sobre as características dos grandes hospitais/maternidades que oferecem esse serviço. As informações coletadas e sistematizadas a seguir mostram um campo diverso e heterogêneo, no qual coexistem organizações com identidades e características as mais diversas.

---

[37] Segundo a OMS, a razão de morte materna não deve ser superior a vinte gestantes para cada cem mil nascidos vivos.

Tabela 1 – Informações sobre partos e nascimentos.
Belo Horizonte – 1996-2004

Condições	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Número de nascidos vivos	41.166	43.401	40.957	40.040	38.626	35.960	32.601	34.180	32.917
Taxa bruta de natalidade	19,7	20,6	19,3	18,7	17,3	15,9	14,3	14,8	14,1
% de partos hospitalares	98,6	99,7	99,8	99,8	99,7	99,7	99,8	99,7	99,8
% com prematuridade	6,9	6,5	6,2	7,1	8,0	7,7	8,3	9,2	9,4
% de partos cesáreos	45,0	44,1	42,8	41,7	43,0	43,6	44,6	47,4	47,8
% de mães de 10-19 anos	16,3	17,0	17,6	17,0	16,9	16,1	15,0	14,1	13,9
% de mães de 10-14 anos	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Razão de morte materna*	-	53	66	54	54	50	55	79**	27,4**

** Número de mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos.*

*** Tanto a razão de morte materna de 2003 (muito alta) quanto a de 2004 (muito baixa) se mostraram atípicas. As investigações dos óbitos maternos ocorridos em 2005 e 2006 mostraram um retorno para a razão de cerca de 55/100.00 nascidos vivos.*

Fonte: elaborado pela autora com base em *Cadernos de Informações de Saúde*, com dados do Sinasc/Datasus e do Comitê de Prevenção da Morte Materna em Belo Horizonte (2004).

Obs.: dados referentes apenas às mulheres residentes em Belo Horizonte.

Os dados do Sinasc de 2005 me serviram de base para criar e justificar uma tipologia que agrega tais organizações conforme uma lógica que não só a do modelo de financiamento (SUS ou privado, com ou sem fins lucrativos), mas que ateste a diversidade maior das organizações – FILANTRÓPICAS, PÚBLICAS, PRIVADAS COM SUS, PRIVADAS SEM SUS e COOPERATIVAS. Ao apresentar, individualmente, as dez organizações hospitalares investigadas, recupero um pouco da história de cada uma delas e identifico mudanças significativas ao longo do tempo de sua existência. Por fim, analiso o modelo de assistência ao parto conforme a referida tipologia.

O Parto em Belo Horizonte: panorama segundo o modelo organizacional

Os dados de 2005 do Sinasc de Belo Horizonte registram que, naquele momento, de 46.315 nascidos vivos no município, apenas 78 nasceram em local ignorado ou fora de um estabelecimento de saúde. Considerando apenas os grandes hospitais e maternidades, ou seja, aqueles que realizavam mais de mil partos por ano, tem-se que 14 estabelecimentos concentraram 93% dos nascidos vivos de Belo Horizonte.

Os dados dos nascidos vivos desses 14 maiores estabelecimentos foram agrupados de acordo com o local do nascimento, com o objetivo de se identificar possíveis especificidades nas características da mãe e do parto dos nascidos vivos, segundo a organização onde ocorreu o parto. A tipologia buscou privilegiar uma lógica que não fosse unicamente a do modelo de financiamento (SUS ou privado, com ou sem fins lucrativos), mas que pudesse falar de uma diversidade maior das organizações. Foi criada, então, a tipologia apresentada no Quadro 1, que agrupou os estabelecimentos de saúde conforme cinco categorias denominadas "modelo organizacional": FILANTRÓPICO, PÚBLICO, PRIVADO COM SUS, PRIVADO SEM SUS e COOPERATIVA.

Quadro 1 – Identificação das 14 maiores maternidades de Belo Horizonte, em 2005, segundo o modelo organizacional e o percentual de partos realizados

Modelo organizacional	Definição	Maternidades e respectivos percentuais de partos sobre o total do município
FILANTRÓPICO	Hospitais privados, sem fins lucrativos, com quase 100% dos partos pagos pelo SUS.	Hospital Sofia Feldman - 15% Santa Casa de Misericórdia - 5% Hospital Evangélico - 4%
PÚBLICO	Hospitais públicos de gestão federal, estadual ou municipal.	Maternidade Odete Valadares - 9% Hospital das Clínicas - 7% Hospital Odilon Behrens - 4% Hospital Júlia Kubitschek - 4%
PRIVADO COM SUS	Hospitais privados, com fins lucrativos e contratados pelo SUS.	Mater Clínica - 15% Hospital Santa Lúcia - 8%
PRIVADO SEM SUS	Hospitais privados, com fins lucrativos e sem convênio com o SUS.	Maternidade Octaviano Neves - 7% Maternidade Santa Fé - 4% Hospital Mater Dei - 4% Hospital Life Center - 3%
COOPERATIVA	Hospitais privados, com fins lucrativos e sem convênio com o SUS, próprios de uma operadora de saúde.	Hospital Unimed-BH - 4%

A Tabela 2 mostra as características das mães dos nascidos vivos (residência, cor/raça, idade, escolaridade), segundo o modelo organizacional do local de nascimento, enquanto a Tabela 3 revela as características da gravidez e do parto (tipo de gravidez, idade gestacional e tipo de parto) dos nascidos vivos, segundo o modelo organizacional do local de nascimento.

Tabela 2 – Características da mãe (residência, cor/raça, idade e escolaridade) dos nascidos vivos (NV), segundo o modelo organizacional. Belo Horizonte – 2005

	Modelo organizacional									
Características da mãe	FILANTRÓPICO (n = 11.208)		PÚBLICO (n = 11.123)		PRIVADO COM SUS (n = 10.388)		PRIVADO SEM SUS (n = 8.877)		COOPERATIVA (n = 1.694)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Local de residência										
BH	8.092	72,20	7.863	70,69	4.944	49,52	6.174	69,55	985	58,15
Outro município	3.116	27,80	3.260	29,31	5.444	50,48	2.703	30,45	709	41,85
Cor/Raça										
Branca	2.308	20,59	1.904	17,12	71	0,68	5.815	65,51	1.073	63,34
Não branca	8.827	78,76	5.578	50,15	6.767	65,14	1.239	13,96	612	36,13
Ignorada	73	0,65	3.641	32,73	3.550	34,17	1.823	20,54	9	0,53
Idade*										
Até 19 anos	2.209	19,72	2.090	18,81	1.902	18,31	270	3,05	68	4,03
De 20 a 34 anos	8.005	71,47	7.755	69,78	7.637	73,53	6.392	72,12	1.339	79,28
Mais de 35 anos	987	8,81	1.269	11,42	847	8,16	2.201	24,83	282	16,70
Escolaridade**										
Nenhuma	65	0,58	100	0,91	22	0,21	1	0,01	1	0,06
Até 7 anos	4.050	36,20	4.796	43,45	4.746	45,83	600	6,77	120	7,16
De 8 a 11 anos	6.603	59,02	5.642	51,11	5.199	50,20	4.386	49,52	1.059	63,15
12 ou mais anos	469	4,19	500	4,53	389	3,76	3.870	43,69	497	29,64

* *Foram excluídos 39 ignorados.*

** *Foram excluídos 203 ignorados.*

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados da Gerência de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Com relação ao local de residência da mãe, as maiores frequências de gestantes residentes em Belo Horizonte ocorrem nos setores FILANTRÓPICO e PÚBLICO. A categoria PRIVADO COM SUS se destaca do resto, com relação à percentagem de mulheres não residentes em Belo Horizonte, muito em função de nela estarem incluídos os hospitais localizados geograficamente em regiões limítrofes do município: a Mater Clínica estava localizada em Venda Nova e o Hospital Santa Lúcia, no Barreiro. A categoria COOPERATIVA também apresenta alta taxa de gestantes não

residentes em Belo Horizonte, possivelmente usuárias do plano de saúde residentes na região metropolitana.

De todos os dados da mãe, o de pior qualidade é o registro de cor/raça, principalmente nas PÚBLICAS e nas PRIVADAS COM SUS. Como era de se esperar, as mulheres não brancas estão concentradas nos estabelecimentos financiados pelo SUS, sejam eles FILANTRÓPICOS, PÚBLICOS ou PRIVADOS COM SUS.

As mães com menos de 20 anos também se concentram nos estabelecimentos financiados pelo SUS, sejam eles FILANTRÓPICOS, PÚBLICOS ou PRIVADOS COM SUS. Os PRIVADOS SEM SUS e a COOPERATIVA chegam a ter de 5 a 6 vezes menos nascidos vivos de mães adolescentes do que os financiados pelo SUS.

Com relação à escolaridade, os estabelecimentos financiados pelo SUS concentram mulheres com até 11 anos de estudo, e apenas 4% das suas usuárias têm mais de 12 anos de estudo. Por outro lado, entre os de financiamento estritamente privado, há certa diversidade: nos PRIVADOS SEM SUS, 44% das mulheres têm mais de 12 anos de estudo, enquanto a COOPERATIVA fica em uma posição intermediária, com 30% de mulheres na mesma situação.

A Tabela 3 mostra que, quando se compara a idade gestacional dos nascidos vivos segundo o modelo organizacional, observa-se que os PRIVADOS COM SUS apresentam as menores taxas de nascidos vivos com menos de 36 semanas. Os dados fazem sentido porque a organização privada com fins lucrativos contratada pelo SUS, em Belo Horizonte, atendia apenas partos de baixo risco e não possuía CTI neonatal nem adulto, estruturas de manutenção muito dispendiosa.

A escolha dos PRIVADOS COM SUS pelos partos de baixo risco aparece novamente quando se analisa o tipo de gravidez: os estabelecimentos dessa categoria concentram a maior percentagem de gravidez única entre todos os cinco tipos de modelo organizacional. A maior frequência de gravidez tripla ou mais ocorre nos PRIVADOS SEM SUS, o que pode ser um indicativo da maior ocorrência de gravidez resultante de reprodução assistida, um procedimento ainda pouco disponível para classes populares.

Tabela 3 – Características da gravidez e do parto (idade gestacional, tipo de gravidez e tipo de parto) dos nascidos vivos (NV), segundo o modelo organizacional. Belo Horizonte – 2005

	Modelo organizacional									
Características da mãe	FILANTRÓPICO (n = 11.208)		PÚBLICO (n = 11.123)		PRIVADO COM SUS (n = 10.388)		PRIVADO SEM SUS (n = 8.877)		COOPERATIVA (n = 1.694)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade gestacional*										
Menos de 31 semanas	205	1,83	486	4,38	26	0,25	170	1,92	33	1,96
De 32 a 36 semanas	752	6,72	1.575	14,20	200	1,93	784	8,86	120	7,13
De 37 a 41 semanas	10.195	91,12	8.971	80,86	10.148	97,75	7.893	89,16	1.520	90,31
De 42 ou + semanas	37	0,33	62	0,56	8	0,08	6	0,07	10	0,59
Tipo de gravidez**										
Única	11.007	98,22	10.642	95,69	10.339	99,54	8.576	96,61	1.636	96,63
Dupla	190	1,70	447	4,02	46	0,44	257	2,90	57	3,37
Tripla ou mais	9	0,08	32	0,29	2	0,02	44	0,50	0	0,0
Tipo de parto***										
Vaginal	8.062	71,97	6.993	62,88	6.317	60,81	1.751	19,73	443	26,23
Cesáreo	3.140	28,03	4.128	37,12	4.071	39,19	7.123	80,27	1.246	73,77

* *Foram excluídos 102 ignorados.*

** *Foram excluídos 7 ignorados.*

*** *Foram excluídos 20 ignorados.*

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados da Gerência de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Por fim, na análise dos dados relativos à via de parto – os mais usados na literatura para diferenciar o modelo de assistência entre estabelecimentos financiados pelo SUS e os não financiados pelo SUS (Rocha, Ortiz & Fung, 1985; Fabri *et al.*, 2002; Yazlle *et al.*, 2001) – observa-se que entre os estabelecimentos financiados pelo SUS, os FILANTRÓPICOS apresentam as menores taxas de cesáreas. Já os PRIVADOS COM SUS – que atendem mais partos de baixo risco, de gravidez única e a termo (parto que ocorre entre a 37ª e a 42ª semanas de gestação) – apresentam taxas de cesáreas (40%) incompatíveis com as características obstétricas de sua clientela. Entre os estabelecimentos não financiados pelo SUS, observa-se uma tendência a que a COOPERATIVA realize menos cesáreas que os PRIVADOS SEM SUS.

Os dados do Sinasc agrupados segundo as categorias definidas e apresentados nas tabelas 2 e 3 demonstram a consistência da tipologia Modelo Organizacional, que será usada posteriormente na análise do modelo de assistência. Os dados confirmam que características obstétricas e da usuária, quando agrupadas segundo as categorias previamente elencadas, corroboram o argumento de

que grandes classificações como SUS/não SUS ou Público/Privado escondem outras especificidades do modelo organizacional que podem impactar o modelo de assistência. Assim, se as organizações financiadas pelo SUS (sejam públicas, privadas com fins lucrativos ou privadas sem fins lucrativos) se assemelham quando se trata de alguns aspectos sociais da clientela a que atendem (idade, escolaridade e cor/raça da gestante), elas se diferenciam no que diz respeito às características obstétricas desta mesma clientela, ou seja, nas taxas de cesáreas e na frequência de bebês nascidos de gravidez única e a termo. Por outro lado, os dados do Sinasc mostram também que há diversidade entre os exclusivamente privados, com a COOPERATIVA se apresentando em uma posição intermediária entre organizações financiadas pelo SUS (PÚBLICOS e FILANTRÓPICOS) e os PRIVADOS SEM SUS.

Fica evidenciada, assim, a relevância do modelo organizacional quando se trata de assistência ao parto. Ocultas pelas duas dicotomias – público/privado e SUS/não SUS – usadas para se pensar a saúde no Brasil, encontram-se nuances que precisam ser mais bem exploradas. Há particularidades na estrutura física (porte e complexidade), no custeio, na relação com o trabalho médico e na identidade organizacional que impactam o modelo de assistência prestada e os resultados perinatais obtidos.

A princípio, essas 14 organizações seriam o universo de aprofundamento deste estudo. Entretanto, a situação em 2007 (quando a pesquisa foi realizada) se mostrou diferente daquela de 2005 (ano para o qual estavam disponíveis os dados mais atualizados do Sinasc).[38]

---

[38] De fato, uma análise da série temporal de dez anos do Sinasc, de 1995 até 2005, mostra uma complexa dinâmica no campo organizacional da assistência hospitalar ao parto em Belo Horizonte. Em 1995 havia 18 grandes hospitais/maternidades em Belo Horizonte que realizavam, cada um, mais de mil partos por ano. Destes, 11 não existem mais ou fazem pouco ou nenhum parto: a Casa de Saúde São Sebastião (fechada em 1996); o Hospital Maternidade Santa Paula (fechado em 1997); a Maternidade Ernesto Gazzoli (fechada em 1999); a Maternidade Frederico Ozanam (fechada em 2000); a Policlínica Renascença (fechada em 2001); o Hospital Felício Rocho (não faz partos desde 2005); o Hospital Dom Bosco (fechado em 2005); o Hospital Evangélico (não faz partos desde 2006); o Hospital Santa Lúcia (não faz partos desde 2006); a Mater Clínica (fechada em 2007) e o Hospital Belo Horizonte (faz uma quantidade residual de partos). Também nesse período, foram inaugurados dois novos hospitais privados com atendimento ao parto (Hospital Life Center, em 2002, e Hospital-Dia e Maternidade Unimed, em 2004) – sendo que um deixou de fazer partos em 2005 (Hospital Life Center) –, bem como uma nova maternidade pública, no Hospital Risoleta Tolentino Neves, em 2007. Tais mudanças, entre outros motivos, se devem também à queda na fecundidade e às ações governamentais de controle e avaliação dos serviços disponíveis.

Assim, entre os FILANTRÓPICOS, o Hospital Evangélico deixou de ser credenciado pelo SUS e de realizar partos. A categoria PRIVADO COM SUS não existe mais, pois as duas maternidades nesta condição – Mater Clínica e Hospital Santa Lúcia – foram descredenciadas do SUS e não fazem mais partos. Entre os PRIVADOS SEM SUS, o Hospital Life Center não mais realiza partos. Dessa forma, o universo de 14 grandes maternidades em Belo Horizonte, em 2005, foi reduzido para dez organizações em 2007. Uma nova maternidade pública foi inaugurada em agosto de 2007, mas não incluída na pesquisa por ainda estar iniciando suas atividades.

Além da redução no número de maternidades, também ocorreu uma redução no número das categorias de modelo organizacional definidas anteriormente, de 5 para 4, pois já não há mais hospitais PRIVADOS COM SUS realizando partos em Belo Horizonte. Ou seja, além de sua rede própria, a Prefeitura só mantém convênio para parto com duas maternidades FILANTRÓPICAS.

Os Grandes Hospitais/Maternidades de Belo Horizonte: história e características

Inaugurada em 1897, Belo Horizonte é uma capital recente, se comparada a outros centros urbanos como Salvador, Rio de Janeiro, Recife e São Paulo. Praticamente toda a sua história está contida no século XX. E a história da obstetrícia e da ginecologia, nesta capital, está ligada de maneira indelével à do médico Hugo Furquim Werneck, que nela se instalou em 1906 (Marques, 2005). Afinado com o movimento europeu de substituição das parteiras por médicos, Werneck defendia o hospital como espaço privilegiado para o atendimento à gestante.

Atualmente, o município conta com dez grandes hospitais/maternidades. Um pouco da história de cada uma dessas instituições, suas principais mudanças ao longo do tempo e algumas de suas características estão aqui registrados com o intuito de promover uma aproximação do leitor/leitora com as particularidades de cada uma das grandes maternidades de Belo Horizonte, bem como com sua identidade organizacional.

As informações que se seguem foram obtidas de três fontes: o *site* oficial da organização, quando este existia; o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); a entrevista realizada com diretores/as dessas organizações, cujas principais características estão sintetizadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Características das dez maiores maternidades de Belo Horizonte – 2007

Organização	Santa Casa de Misericórdia	Hospital das Clínicas	Hospital Odilon Behrens	Maternidade Odete Valadares	Maternidade Santa Fé
Ano de inauguração	1916	1928	1944	1955	1957
Tipo de organização	Filantrópico	Universitário	Público municipal	Público estadual	Privado/S.A.
Porte	Extragrande	Grande	Grande	Grande	Pequeno
Atendimentos	Hospital geral	Hospital geral	Hospital geral	Maternidade com especialidade	Maternidade
Risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco
Residência médica	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Clientela	SUS, convênio e particular	SUS, convênio e particular	SUS	SUS	Convênio e particular
Total de leitos (A)	698	467	406	145	50
Leitos de maternidade (B)	58	33	37	33	50
A/B	12	14	11	4	1
ONA*	Não	Não	Não	Não	Em processo
Hospital Amigo da Criança**	Sim, 2004	Sim, 2007	Não	Sim, 1999	Não
Prêmio Galba de Araújo***	Não	Não	Não	Não	Não

Quadro 2 – Características das dez maiores maternidades de Belo Horizonte – 2007 (continuação)

Organização	Hospital Júlia Kubitschek	Maternidade Octaviano Neves	Hospital Sofia Feldman	Hospital Mater Dei	Hospital da Unimed
Ano de inauguração	1958	1964	1977	1980	2004
Tipo de organização	Público estadual	Privado/S.A.	Filantrópico	Privado/S.A.	Privado/ cooperativa
Porte	Grande	Médio	Médio	Grande	Médio
Atendimentos	Hospital geral	Maternidade com especialidade	Maternidade com especialidade	Hospital geral	Hospital geral
Risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco
Residência médica	Sim	Não	Não	Não	Não
Clientela	SUS	Convênio e particular	SUS	Convênio e particular	Convênio e particular
Total de leitos (A)	368	82	65	320	102
Leitos de maternidade (B)	36	32	65	20	15
A/B	10	2,5	1	16	7
ONA*	Não	Em processo	Não	ONA 3	ONA 3
Hospital Amigo da Criança**	Não	Não	Sim, 1995	Não	Não
Prêmio Galba de Araújo***	Não	Não	Sim, 1998	Não	Não

** ONA (Organização Nacional de Acreditação): organização não governamental que objetiva promover a implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde. Uma organização hospitalar pode ser acreditada em três níveis: Nível 1 (acreditada); Nível 2 (acreditada plena); Nível 3 (acreditada com excelência). Maiores informações podem ser encontradas em <www.ona.org.br>.*

*** Hospital Amigo da Criança: título concedido a estabelecimentos de saúde que são referência em amamentação. Os hospitais com o título recebem um valor maior do SUS pelos partos que realizam.*

**** Prêmio Galba de Araújo: prêmio concedido pelo Ministério da Saúde a maternidades que atuam na perspectiva da humanização do parto. Um dos critérios para concorrer ao prêmio é permitir a realização de parto de baixo risco por enfermeira obstétrica.*

Fonte: elaborado pela autora com base no questionário administrativo aplicado nas maternidades e em entrevistas realizadas com seus diretores.

Santa Casa de Misericórdia

O primeiro hospital de Belo Horizonte foi a Santa Casa de Misericórdia. Em 1898, um grupo de 46 personalidades da então nascente capital formou a Associação Humanitária da Cidade de Minas, com o objetivo de construir um hospital que pudesse atender a parcela carente da população belo-horizontina. O primeiro pavilhão do hospital foi inaugurado em 1903. A maternidade da Santa Casa de Misericórdia, denominada Hilda Brandão em homenagem à esposa do então presidente do estado Júlio Bueno Brandão, foi fundada em 25 de junho de 1916, pelo dr. Hugo Werneck.

Atualmente, o Grupo Santa Casa de Belo Horizonte é formado pelo Complexo Hospitalar José Maria Alkmim, que agrega o Hospital Emygdio Germano, ou Hospital Central (dentro do qual se localiza a Maternidade Hilda Brandão), e o Hospital São Lucas. O Hospital Central é um hospital FILANTRÓPICO que destina 90% dos seus leitos ao SUS, oferecendo 32 especialidades médicas (aos pacientes da saúde suplementar é reservada a Ala C do Hospital Central). Por sua vez, o Hospital São Lucas,[39] inaugurado em 1922 com o objetivo de gerar receitas e suprir os setores deficitários da Santa Casa, presta atendimento direcionado apenas a pacientes da rede suplementar (particulares e convênios).

A Maternidade Hilda Brandão funcionou no mesmo local durante noventa anos (prédio localizado na rua Álvares Maciel). Em 2006, foi reinaugurada no 11º andar do Hospital Central, após um investimento de R$ 2,3 milhões que permitiu ampliar sua capacidade de duzentos para 350 partos por mês.

A maternidade da Santa Casa foi, até 1936, campo de formação dos ginecologistas e obstetras que estudavam na Faculdade de Medicina, fundada em 1911. Entretanto, com a morte do dr. Hugo Werneck, a disputa por sua sucessão rompeu com essa integração de anos entre a Faculdade de Medicina e a Santa Casa (Marques, 2005) e resultou na criação do Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina, em 1939.

[39] Em 2005, realizou apenas 127 partos e não integra o presente estudo.

Entre outros, com o objetivo de enfrentar sua crise financeira, o Grupo Santa Casa lançou, em 1996, o Santa Casa Saúde, um plano de assistência à saúde. Em 2003, quando a crise se tornou mais aguda, o hospital reforçou seu investimento em aprimorar um novo modelo gerencial e administrativo. Entre outras ações, há um movimento da organização em direção à formalização do trabalho médico. Nos primórdios da capital (e do hospital), os médicos que atendiam na Santa Casa o faziam de maneira caritativa e gratuita. Essa lógica do trabalho voluntário e caritativo – que atende à disponibilidade do médico, mas não necessariamente à necessidade da organização e do paciente – ainda se faz presente na realidade da Santa Casa. Em termos práticos, há dificuldade de formar equipes permanentes e comprometidas, bem como de normalizar regras e protocolos.

Hospital das Clínicas

O embrião deste hospital se iniciou em 1928, a partir do agrupamento de algumas clínicas ao redor da Faculdade de Medicina. Em 1955, o complexo hospitalar passou a se chamar Hospital das Clínicas (HC). Atualmente, o HC é campo de ensino para os cursos de medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e fonoaudiologia dos alunos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O HC é formado por um edifício central, o Hospital São Vicente de Paulo, e sete prédios anexos para atendimento ambulatorial: o Ambulatório Bias Fortes (policlínicas e doenças profissionais), o Anexo Osvaldo Costa (dermatologia); o Ambulatório São Vicente (pediatria); o Ambulatório Carlos Chagas (ginecologia, planejamento familiar, pré-natal e obstetrícia); o Hospital Borges da Costa (oncologia e quimioterapia); o Hospital São Geraldo (fonoaudiologia, oftalmologia e otorrinolaringologia) e o Centro de Treinamento e Referência de Doenças Infectoparasitárias Orestes Diniz. Integrado ao SUS, o hospital universitário tem 95% dos pacientes provenientes do SUS, sendo o restante de 5% oriundo de convênios ou particulares.

Por suas particularidades como espaço tanto de ensino quanto de assistência, o hospital apresenta um quadro de recursos humanos com vínculos e inserções diversificados, o que torna a

administração do processo de trabalho médico bastante complexa.[40]

Desde 1999, o HC vem implementando um projeto de reorganização administrativa e gerencial, em cujo âmbito foram criadas 22 unidades funcionais. Elas são responsáveis, juntamente com a direção, pelo processo de planejamento e gerência do hospital como um todo, incluindo a captação e alocação de recursos. Segundo o *site* do HC, as palavras que orientam essa proposta administrativa são "descentralização", "planejamento participativo" e "modernização". Os setores de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia formam uma unidade funcional.

Hospital Municipal Odilon Behrens

O Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) foi construído na década de 1940, pelo então prefeito de Belo Horizonte, Juscelino Kubitschek. Em 1973, foi transformado em autarquia, de acordo com a lei n. 2.311, de 22 de julho. No início da década de 1990, firmou convênio com o SUS e iniciou o processo de universalização do atendimento à saúde, depois de prestar, por longo tempo, assistência apenas aos servidores municipais.

Atualmente, o HMOB é um grande complexo hospitalar e o único hospital próprio da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Trata-se de um hospital geral com pronto-socorro, ambulatório, hospital-dia e internação domiciliar. Sua maternidade é referência em gravidez de alto risco, oferecendo quarenta leitos de berçário de alto risco e vinte leitos de CTI infantil e neonatal. Presta assistência exclusivamente aos pacientes do SUS.

Hospital Júlia Kubitschek e Maternidade Odete Valadares: hospitais da Rede Fhemig

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) é uma rede de hospitais públicos criada em 1977. Mantém 23 unidades,

[40] Segundo informações do *site* do Hospital das Clínicas, acessado em 2010, o quadro de recursos humanos do hospital comporta: funcionários UFMG, funcionários Fundep; bolsistas; Cruz Vermelha; autônomos; docentes; estudantes; residentes; estagiários. O médico docente, por exemplo, tem um regime de trabalho de professor, com férias escolares. Os médicos que estão na categoria de funcionários da UFMG têm remuneração diferente daquela dos que estão na categoria de funcionários da Fundep. E há também os médicos voluntários, que buscam a organização por motivos diversos.

das quais nove situadas no interior do estado e 12 na capital, além do MG Transplantes. Sua atual direção foi empossada em 2004 e vem implementando mudanças administrativas e gerenciais. O atual modelo de gestão articula metas com acordos internos de resultados. Dois hospitais da Rede Fhemig prestam assistência ao parto em Belo Horizonte: a Maternidade Odete Valadares (integrante do Complexo de Especialidades) e o Hospital Júlia Kubitschek (integrante do Complexo de Hospitais Gerais). Atendem exclusivamente pelo SUS.

A Maternidade Odete Valadares (MOV) foi inaugurada em 1955, após 11 anos de construção. Uma das motivações para a sua construção foi o atendimento às esposas dos pracinhas que lutaram na Segunda Guerra Mundial.

Ao longo de sua existência, a maternidade apresentou diversas vinculações institucionais: entre 1956 e 1971, esteve ligada à Santa Casa de Misericórdia e, como ela, atendia aos partos das mulheres "indigentes";[41] de 1971 a 1976, ficou subordinada à Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (Feamur); em 1977, passou a integrar a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) e, posteriormente, o Inamps; finalmente, em 1991, passou a compor a Fhemig.

De sua fundação até os anos de 1980, a MOV foi exclusivamente maternidade. Posteriormente, seu atendimento em ginecologia foi se ampliando. Atualmente, é referência estadual para gestantes de alto risco e oferece os seguintes serviços: pré-natal, parto e pós-parto; assistência ao recém-nascido de risco com CTI neonatal; ginecologia especializada e tratamento das patologias do trato genital inferior; cirurgias ginecológicas e uroginecológicas; banco de leite humano; serviço de urodinâmica, entre outros.

O Hospital Júlia Kubitschek (HJK) foi inaugurado em 1958 para o tratamento de tuberculose, e posteriormente ampliou seu atendimento a outras patologias pulmonares. Em 1967, com a unificação dos institutos de previdência, passou a ser vinculado ao Inamps e, posteriormente, à Fhemig. No fim dos anos 1980, o

---

[41] "Indigente" é um termo pejorativo usado para identificar as pessoas que não estavam vinculadas ao INPS. A assistência à saúde prestada aos indigentes não era percebida como um direito, e sim como uma benesse. A figura do indigente foi superada após a Constituição Federal de 1988, quando a saúde se tornou direito de todos e dever do Estado.

hospital foi reformado e reequipado e passou a funcionar como hospital geral de abrangência regional, mantendo a referência em tisiopneumologia e em cirurgia torácica.

A criação do serviço de maternidade no HJK está relacionada com mudanças realizadas em dois outros hospitais: o encerramento do atendimento de urgência realizado pela Santa Casa e o fechamento das clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica geral) do Hospital Sarah Kubitschek, no início da década de 1990.[42] Dessa forma, a maternidade do HJK foi inaugurada com os recursos humanos e equipamentos da maternidade do Hospital Sarah Kubitschek, e com os recursos humanos da Santa Casa. Em termos de área física, a maternidade não foi planejada dentro da estrutura hospitalar e sempre ocupou espaços adaptados.

Maternidade Santa Fé e Hospital Maternidade Octaviano Neves

Tanto a Maternidade Santa Fé quanto o Hospital Maternidade Octaviano Neves surgiram por iniciativa de diferentes grupos de médicos obstetras que se reuniram para fundá-los. Segundo um dos diretores entrevistados,

> *[o hospital] se originou de uma necessidade que os médicos sentiam, na época, de ter um local de trabalho. Não se pensou em criar uma empresa, pensou-se em criar um local de trabalho. Por quê? Porque os outros hospitais existentes na época ou eram hospitais gerais ou eram hospitais cujo movimento era grande e os médicos já tradicionais tinham ou detinham um grande número de leitos vinculados a eles. O [hospital] São Lucas era, na época, o hospital de eleição da população de Belo Horizonte. Era um hospital procurado pela classe A, e o detentor do maior número de casos era o dr. X. Ele era o principal médico de Belo Horizonte, e a obstetrícia ficava muito vinculada a ele e a outros profissionais da época. Os mais novos não tinham preferência na hora de internar as suas pacientes, tinham dificuldades. Então, um grupo se reuniu e resolveu fazer uma maternidade.* (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

[42] Por essa ocasião, foi criada a Rede Sarah e todos os hospitais Sarah Kubitscheck passaram a atender apenas casos de morbidades do aparelho locomotor (www.sarah.br).

Ou seja, tais hospitais surgiram da necessidade que os obstetras sentiam de ter um local de trabalho. Apesar de terem iniciado suas atividades como prestadores de serviços para institutos de previdência, atualmente ambas as organizações atendem exclusivamente pacientes da saúde suplementar.

Fazendo 50 anos em 2007, a Maternidade Santa Fé começou como uma casa de parto de propriedade de cinco médicos. Com o passar do tempo, as cotas iniciais foram sendo divididas para a inserção de novos profissionais como proprietários. Atualmente, o hospital é uma sociedade anônima de propriedade de cem médicos e funciona em prédio próprio.

Um pouco mais recente, mas com história semelhante, o Hospital Maternidade Octaviano Neves, que passou a funcionar em 1964, foi criado por um grupo de quatro médicos. Atualmente são 24 proprietários, organizados como uma sociedade anônima. O hospital iniciou suas atividades em um prédio alugado e posteriormente foi transferido para o prédio próprio no qual está localizado.

A inauguração desses dois hospitais em Belo Horizonte consolidou a medicalização do parto na cidade:

> *Antigamente, como os obstetras eram poucos, eles tinham as suas parteiras; então, elas ficavam no hospital atendendo os clientes do dr. Fulano, do dr. Beltrano. Até, às vezes, a parteira nem era do médico, era do hospital. O médico só ia para o hospital na hora de fazer o parto ou a cesárea. Elas é que cuidavam. Nós mudamos esse aspecto. Aqui nunca teve parteira. Sempre, todos os atendimentos, independentemente do que fosse, era feito por médicos. E com isso nós ganhamos a confiança de outros médicos que, em vez de ter sua paciente acompanhada por parteiras, preferiam que elas fossem acompanhadas pelo colega que estivesse no plantão. Era muito comum, a gente recebia um telefonema 'Olha, estou mandando uma paciente você examina e acompanha para mim', a gente acompanhava e o médico vinha e fazia o parto.* (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Além da exclusão definitiva da parteira do ambiente hospitalar, tais hospitais têm importância grande na implantação, difusão e consolidação, no município, da oferta e do uso da anestesia peridural no parto, fato citado por mais de um diretor

entrevistado.

Apesar da origem semelhante, tais hospitais fizeram escolhas diferentes para continuar no mercado. A Maternidade Santa Fé se firmou como um hospital exclusivo no atendimento integral à mulher, mantendo uma maternidade de baixo risco. Por outro lado, o Otaviano Neves optou por agregar novas especialidades ao hospital – clínica médica, senil crônico, cirurgias de médio e pequeno porte –, além de atender partos de alto risco.

Hospital Sofia Feldman

O Hospital Sofia Feldman foi idealizado por José de Souza Sobrinho, um fotógrafo aposentado, para atender à demanda da sua comunidade, no bairro Tupi. Apesar de ser uma pessoa muito católica (seu apelido era Zé Católico), ele foi capaz de conversar e se articular com pessoas de outros credos e crenças, como evangélicos e comunistas, para efetivar a construção e a manutenção do hospital.

O hospital foi construído em esquema de mutirão, com apoio da Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), com terreno e projeto arquitetônico recebidos em doação. O ambulatório foi inaugurado em 1972 e, cinco anos depois, o hospital já estava funcionando. No início o hospital era mantido por doações dos pequenos comerciantes do bairro. Em 1988, desvinculou-se da SSVP, transformando-se em Fundação de Assistência Integral à Saúde (Fais).[43] Em 1994, foi criada a Acau – Associação de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman –, com o objetivo de dar voz aos interesses dos usuários e pleitear soluções para as necessidades do hospital, além de exercer o controle social e o voluntariado. O hospital é FILANTRÓPICO e atende exclusivamente os pacientes do SUS.

O hospital começou com a maternidade no início de 1980, timidamente, e hoje é a maior maternidade de Belo Horizonte em número de partos realizados. Desde o início da sua maternidade, o hospital atua com enfermeiras obstétricas na assistência direta à parturiente. Em 2001, inaugurou em suas dependências um

[43] O rompimento com a Sociedade São Vicente de Paulo foi precipitado pela intenção desta de proibir que o hospital prescrevesse métodos contraceptivos. Por decisão da comunidade, foi criada a Fais.

Centro de Parto Normal (CPN), o primeiro de Minas Gerais e o único de Belo Horizonte.

Hospital Mater Dei

Inaugurado em 1980, o Hospital Mater Dei – uma sociedade anônima de propriedade de uma família – nasceu com a proposta de ser um hospital geral de complexidade média. Foi ampliado em 1996, com um novo prédio anexo de 18 pavimentos. Atualmente, é um hospital geral de alta complexidade, privado, que atende exclusivamente pacientes da medicina suplementar. Entre seus procedimentos estão transplante e neurocirurgia.

Hospital-Dia e Maternidade Unimed

O Hospital-Dia e Maternidade Unimed, inaugurado em 2004, foi o primeiro hospital próprio da Unimed-BH, uma cooperativa médica que atua no mercado da saúde suplementar. Uma importante motivação para sua construção foi conhecer o "negócio hospital", ou seja, compreender quais os custos envolvidos com a prestação do serviço hospitalar (procedimentos e materiais), de forma a tornar mais transparente a relação com outros prestadores da cooperativa. Inicialmente, foi planejado para ser um hospital de baixa complexidade, para a realização de partos e outros procedimentos sem internação, com foco em videolaparoscopia.

A perspectiva inicial do hospital não se manteve por muito tempo. Por necessidade da cooperativa de acessar maior número de leitos tanto para UTI Adulto quanto para pacientes clínicos crônicos (que têm alto custo para o hospital e baixa remuneração pelo plano de saúde, basicamente de medicamentos), tais serviços foram criados no hospital. Em decorrência, este passou a atender a gestações de alto risco. Dessa forma, o hospital é um regulador da demanda dos conveniados. Atendendo apenas os usuários da Unimed-BH, o hospital já realiza um terço dos partos da cooperativa.

Maternidades em Belo Horizonte: alguns aspectos da identidade organizacional

Observando-se os dez grandes hospitais/maternidades existentes atualmente em Belo Horizonte, uma linha do tempo permite identificar claramente uma marca da época da inauguração

de cada organização na sua identidade atual. As organizações mais antigas são PÚBLICAS ou FILANTRÓPICAS, voltadas para mulheres de classes populares e sem o objetivo de ser um negócio lucrativo. Tal característica é tanto um retrato da relutância das mulheres em serem hospitalizadas na hora do parto quanto do caráter incipiente do mercado hospitalar privado. No início do processo de medicalização do parto, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu entre as elites e classes médias urbanas. As mulheres pobres que ainda tinham alguns recursos recorriam às parteiras. Somente as que se viam na miséria e no abandono recorriam às enfermarias dos hospitais. A assistência se caracterizava pela marca da caridade e da benemerência.

Em Belo Horizonte, o crescimento do mercado privado da assistência hospitalar ao parto, dirigido às mulheres da elite e das classes médias, e a consolidação da institucionalização do parto são sentidos mais fortemente a partir do fim da década de 1950, quando grupos de médicos criaram novas maternidades para o atendimento dessa população. Mesmo assim, ainda não havia uma grande preocupação com aspectos administrativos ou gerenciais. Somente após a década de 1980 Belo Horizonte assiste à criação de maternidades privadas com uma perspectiva gerencial e empresarial mais moderna. Tal afirmativa se confirma, inclusive, pela relação das organizações privadas com a acreditação hospitalar – um sistema de avaliação e de certificação da qualidade de serviços de saúde, realizado voluntariamente pelas próprias organizações. Entre os hospitais PRIVADOS SEM SUS, apenas os dois mais recentes são acreditadas pela ONA com excelência (ONA 3). Os dois mais antigos estão iniciando as adequações necessárias para o processo de acreditação:

> *A gente está passando por um processo de acreditação, e na primeira fase do processo, chamada nível 1 do processo, ele é de nível de segurança. O hospital tem que atender a todas as legislações da Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária]. Então vamos ter que ter uma reforma maior para adequar.* (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Outro elemento que permite aferir a identidade da organização é sua missão declarada, ou seja, o conjunto de decisões que definem o propósito maior de uma organização. No Quadro 3 são apresentadas as missões de cada uma das organizações aqui descritas, exceto o

Hospital Odilon Behrens, para o qual não conseguimos identificar, nas fontes pesquisadas, nenhuma missão claramente definida.

Quadro 3 – Missão dos maiores hospitais/maternidades de Belo Horizonte – 2007

Organização	Missão
Santa Casa de Misericórdia (FILANTRÓPICA)	Promover o bem-estar social por meio do atendimento integral e humanizado à saúde, valorizando nossos profissionais e desenvolvendo educação e pesquisa.
Hospital das Clínicas (PÚBLICO)	Desenvolver, com eficácia, eficiência e de forma equilibrada e indissociável, o ensino, a pesquisa e a extensão, incluindo a assistência à comunidade, na área da saúde.
Maternidade Odete Valadares (PÚBLICA)	Prestar assistência integral à saúde da mulher e ao neonato, também funcionando como Hospital Escola, oferecendo oportunidades de capacitação e aprimoramento para profissionais da área da saúde.
Hospital Santa Fé (PRIVADO SEM SUS)	Atenção integral à mulher com qualidade.
Hospital Júlia Kubitschek (PÚBLICO)	Atuar como referência de urgência e hospitalar para a população da região na qual está inserido e como referência estadual para as doenças pulmonares em nível ambulatorial e hospitalar, assim como servir de espaço de aprendizado e aprimoramento de recursos humanos do setor Saúde dentro dos princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade e da administração pública de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, compromissado com valores éticos de humanização e de gestão participativa, buscando a qualidade e a segurança da assistência prestada ao usuário.
Maternidade Octaviano Neves (PRIVADA SEM SUS)	Prestar assistência médico-hospitalar de qualidade, valorizando e reconhecendo as pessoas com ética e foco na melhoria contínua de resultados.
Hospital Sofia Feldman (FILANTRÓPICO)	Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolubilidade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando a impactar nos indicadores de saúde deste grupo.
Hospital Mater Dei (PRIVADO SEM SUS)	Compromisso com a qualidade pela vida.
Hospital-Dia e Maternidade da Unimed-BH (COOPERATIVA)	Assistência segura e humanizada com gestão dos impactos ambientais, garantindo sustentabilidade e satisfação das partes interessadas.

Fonte: *sites* oficiais das organizações, exceto em relação ao Hospital Sofia Feldman, cuja missão foi obtida diretamente do Planejamento Estratégico da organização.

Acreditamos ser possível identificar, pela missão da organização, a sua prioridade. Por exemplo, a missão do Hospital das Clínicas não deixa dúvidas de que seu compromisso é com "o ensino, a pesquisa e a extensão", sendo que a "assistência à comunidade" aparece submetida a esse objetivo maior. Já no caso

do Hospital Júlia Kubitschek, sua origem como um hospital de tisiologia permanece como fundamental em sua missão, ser "referência estadual para as doenças pulmonares"; a maternidade é um anexo sem relevância na missão do hospital.

Analisando a missão de cada hospital/maternidade, uma primeira distinção entre organizações com e sem fins lucrativos é a frequência com que a palavra "qualidade" é citada pelas missões das primeiras (três das quatro), mas não aparece entre as missões das segundas. Por outro lado, as organizações sem fins lucrativos estão envolvidas, em diferentes graus, com formação e capacitação de recursos humanos na área da saúde. De fato, nenhum hospital com fins lucrativos tem residência médica credenciada.[44]

A proposta de uma assistência "humanizada" é claramente explicitada na missão de apenas três hospitais: um FILANTRÓPICO, um PÚBLICO e um PRIVADO SEM SUS. A mulher como destinatária preferencial dos serviços da organização aparece na missão de três hospitais – um PÚBLICO, um PRIVADO SEM SUS e um FILANTRÓPICO –, exatamente aqueles com a assistência prevalente em maternidade.

Organizações Hospitalares e suas Particularidades na Assistência ao Parto

Cada uma dessas organizações aqui analisadas apresenta uma trajetória particular, que resiste a reducionismos e generalizações. Contudo, com base em quatro das categorias aqui definidas – FILANTRÓPICO (Santa Casa e Hospital Sofia Feldman), PÚBLICO (Hospital das Clínicas, Hospital Odilon Behrens, Maternidade Odete Valadares, Hospital Júlia Kubistcheck), PRIVADO SEM SUS (Maternidade Santa Fé, Maternidade Octaviano Neves, Hospital Mater Dei) e COOPERATIVA (Hospital da Unimed) –, para esta análise identificamos aspectos organizacionais mais gerais que possam facilitar ou constranger a implementação das políticas de humanização do parto: localização geográfica, porte e

[44] A Residência Médica foi instituída pelo decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (Portal do MEC, www.mec.gov.br).

complexidade, custo hospitalar do parto, relação de trabalho e remuneração do profissional da medicina e da enfermagem.

Localização Geográfica

É interessante notar que as dez grandes maternidades em funcionamento apresentam uma distribuição geográfica bastante concentrada na área central da cidade, em especial as PRIVADAS SEM SUS (Figura 1, página seguinte). Apenas duas, uma PÚBLICA e uma FILANTRÓPICA, estão localizadas em áreas mais periféricas de Belo Horizonte.[45] Em parte isso pode ser atribuído à época de fundação dessas organizações – metade das quais existe há mais de cinquenta anos –, quando a cidade também era menor. Mas observa-se também que o equipamento hospitalar se concentra no entorno das duas faculdades de medicina da cidade, possivelmente para facilitar o acesso e o trabalho do médico.[46]

O resultado de tal concentração geográfica é uma iniquidade grande na distribuição desse recurso na cidade. As mulheres são obrigadas a percorrer grandes distâncias, muitas vezes de ônibus, para acessar a maternidade. Este já seria, na avaliação de alguns gerentes de maternidades, o primeiro aspecto de um atendimento "desumanizado" à gestante:

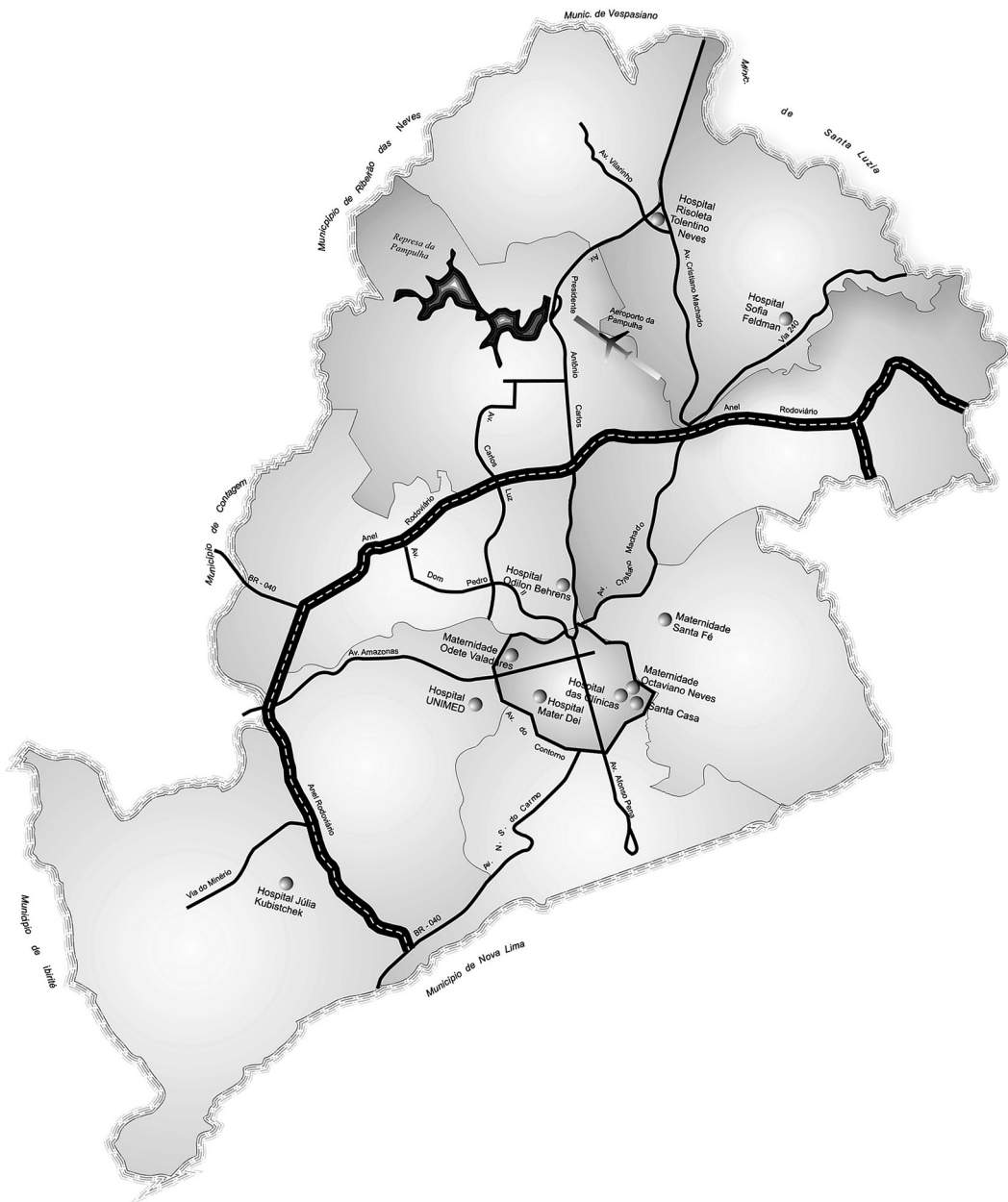
> *... se você coloca uma mulher aqui em uma ambulância e leva ela para o hospital X, você está fazendo humanização? Não! Você pega essa mulher e põe ela para poder andar não sei quantos quilômetros, sentindo contração, e coloca ela lá, totalmente fora da casa dela. E depois ela vai ter que pegar um ônibus, com um neném, com o marido, e vai ter que ir para a casa dela lá em Contagem.* (Gerente de hospital PÚBLICO)

Além disso, em função da dificuldade de acesso, não raro gestantes em final da gravidez que buscam a maternidade com queixas de dores ou desconforto, normais dessa fase da gestação, são internadas precocemente. Já internadas, elas são submetidas a inúmeras intervenções desnecessárias com o objetivo de induzir e acelerar um parto que ainda não estava na hora de acontecer.

---

[45] Em meados de 2007, mais uma maternidade pública foi inaugurada em região mais periférica do município, no bairro Venda Nova, o Hospital Risoleta Tolentino Neves.

[46] Comunicação pessoal da professora Maria José Moraes Antunes.

Figura 1 – Distribuição geográfica das dez maiores maternidades de Belo Horizonte – 2007

Porte e Complexidade

Com relação à distribuição de leitos, os dez hospitais somados oferecem 2.703 leitos, sendo 379 de maternidade, em uma relação de 6:1. O maior hospital é um FILANTRÓPICO (698 leitos) e o menor é um PRIVADO SEM SUS (50 leitos).

O número de leitos define o porte do hospital: pequeno, até cinquenta leitos; médio, de 51 a 150 leitos; grande, de 151 a quinhentos leitos; e extragrande, acima de quinhentos leitos (Calvo, 2002). Considerando o critério de Calvo, os hospitais/maternidades investigados estão assim divididos: um hospital FILANTRÓPICO de porte extragrande; seis hospitais de grande porte (quatro PÚBLICOS e dois PRIVADOS SEM SUS); dois de médio porte (um PRIVADO SEM SUS e um FILANTRÓPICO) e um PRIVADO SEM SUS de pequeno porte.

A proporção entre o total de leitos e o número de leitos de maternidade, em cada hospital, é um dado acerca da relevância do atendimento ao parto no contexto hospitalar e apresenta relação direta com o porte do hospital. Assim, para um hospital PRIVADO SEM SUS de pequeno porte, bem como para o hospital FILANTRÓPICO de médio porte, tem-se uma relação de 1:1 entre os leitos hospitalares e os leitos destinados ao parto, ou seja, a organização destina todos os seus leitos para gestantes. Já nos hospitais de maior porte e maior complexidade, a relação entre leitos hospitalares e leitos de maternidade chega a 16:1, ou seja, o parto é um evento periférico para os hospitais de porte grande e extragrande.

O fato de o parto ser um evento periférico dentro da estrutura hospitalar pode ser positivo ou negativo para a implantação de políticas de humanização da assistência ao parto. Pode ser negativo quando a organização, em função da pequena relevância do parto em termos do movimento financeiro e de ocupação do hospital como um todo, não tem interesse em investir nas mudanças necessárias para a sua humanização. E pode ser positivo quando a organização, pelo mesmo motivo, não interfere diretamente com a gestão da maternidade, e as práticas assistenciais ali desenvolvidas ficam a cargo da discricionariedade do diretor desta última. Obviamente, a segunda situação é uma desvantagem travestida de vantagem, pois essa personalização do modelo da assistência não gera garantias de institucionalização e a consequente continuidade das ações quando da mudança de diretoria.

Com relação à complexidade hospitalar, a classificação em baixa, média e alta complexidade das ações é bastante discutida, não havendo consenso sobre a inclusão dos hospitais nessas categorias (Calvo, 2002). No contato com os hospitais/maternidades, não foi investigada diretamente a complexidade do hospital, mas esta foi aproximada por duas outras categorias: os atendimentos que eram oferecidos pela organização (exclusivamente maternidade, maternidade com outra especialidade, ou hospital geral); e qual o risco obstétrico[47] aceitável para ser atendido naquela organização (baixo risco ou baixo risco e alto risco). Dessa forma, foram consideradas maternidades de alta complexidade aquelas localizadas em hospitais gerais e que ofereciam atendimento a gestantes de baixo e alto riscos, enquanto as organizações que mantinham sua atuação primordialmente como maternidade e com atendimento apenas de gestantes de baixo risco foram classificadas como de média complexidade.

Primeiro, observou-se que nenhuma das organizações investigadas funcionava exclusivamente como maternidade: seis se classificaram como hospitais gerais (uma PRIVADA SEM SUS, uma FILANTRÓPICA, três PÚBLICAS e uma COOPERATIVA) e as quatro restantes se identificaram como uma "maternidade com outras especialidades" (uma PÚBLICA, uma FILANTRÓPICA e duas PRIVADAS SEM SUS). Todas as maternidades inseridas em hospitais gerais, bem como metade das "maternidades com outra especialidade", atendiam à gestante de alto risco, ou seja, oito das dez grandes maternidades atendem tanto gestantes de alto risco quanto gestações de risco habitual. Apenas uma PRIVADA SEM SUS e uma FILANTRÓPICA, que não contavam com UTI Adulto, não recebiam gestantes de alto risco. Ou seja, dos dez maiores hospitais/maternidades de Belo Horizonte, oito podem ser considerados de alta complexidade e dois de média complexidade.

Considerando que, na maioria das vezes, a gestação se desenvolve dentro da normalidade e que muitas situações de risco

---

[47] Em uma gestação pode haver risco para a mãe, para o bebê ou para ambos. Os riscos podem advir de fatores sociais (como escolaridade e estado civil), ocupacionais ou médicos propriamente ditos (doenças preexistentes ou ocasionadas pela gravidez). A categoria 'risco' é fundamental na construção do significado do parto para diferentes categorias profissionais, o que será abordado no próximo capítulo.

potencial podem ser resolvidas ou controladas com o pré-natal, observa-se um desequilíbrio entre oferta e demanda por serviços de alto risco. Ou seja, pode-se dizer que há sobreoferta de serviços de alto risco, quando o esperado é que essa situação seja de exceção: cinco entre as seis maternidades SUS-BH (quatro PÚBLICAS e duas FILANTRÓPICAS) e três entre as quatro maternidades privadas (SEM SUS E COOPERATIVA) oferecem leitos para gestantes de alto risco. Pode-se supor que, entre os PÚBLICOS, a superoferta do alto risco no hospital seria uma forma de o sistema compensar a suposta baixa qualidade do pré-natal da rede básica de saúde. O problema é que esse argumento não explica a superoferta do leito de alto risco no privado, onde, a princípio, a oferta e a qualidade do pré-natal não são uma questão:

> *Alguns incrédulos [em relação ao parto humanizado] dizem: 'Mas também, é só filé, é só paciente sem problema!'. Aí eu pergunto para eles: 'Quantas pacientes com pré-eclampsia você já teve no seu consultório particular, quantos descolamento de placenta, quantos episódios de bolsa rota, prematura? Filé é a sua paciente, que se alimenta direto, faz pré-natal, hidroginástica, ioga, toma vitamina, faz 15 ultrassons, faz todos os exames'.* (Médico obstetra, 33 anos)

Além disso, a tendência de que maternidades sejam incluídas como mais um serviço do hospital geral gera desconforto mesmo entre diretores dessas organizações, que entendem tal conformação como um equívoco:

> *Maternidade é maternidade, é um perfil diferente. A maternidade não se insere [dentro de um hospital geral] porque o paciente não está doente, não adianta querer colocar em uma estrutura de hospital geral. A não ser que eu crie um bloco independente, com entrada independente, portaria independente; um outro hospital dentro da mesma estrutura, mas com tudo diferente... A estrutura [de uma maternidade] tem que ser mais simples mesmo, não se precisa de grandes complexidades e equipamentos, porque ou é parto normal ou é cesárea, e os dois procedimentos são simples.* (Gerente de COOPERATIVA)

O quadro que se desenha com as informações acerca do número total de leitos, da relação total de leitos com total de leitos de maternidade e da complexidade da organização é que o parto,

além de ter se tornado um evento hospitalar, está cada vez mais circunscrito a organizações de grande porte, de alta complexidade e que oferecem diversos outros atendimentos.[48] Identifica-se, pois, um paradoxo na relação entre oferta e demanda, ou seja, o parto tem se realizado predominantemente em organizações que ofertam muita tecnologia quando tal procedimento, na maioria das vezes, dela prescinde.

Custo Hospitalar do Parto

O parto hospitalar não é um procedimento de alto valor financeiro para o hospital, nem pela tabela do SUS, nem pelas tabelas da saúde suplementar – sem desconsiderar que diferentes operadoras podem pagar valores diferentes.[49] Soma-se a isso o fato de que todos os dez hospitais/maternidades investigados tinham uma UTI Neonatal, ou seja, estavam equipados com uma tecnologia de atendimento ao recém-nascido de risco que torna a assistência ao parto mais onerosa e ainda mais deficitária. Segundo o gerente de uma maternidade FILANTRÓPICA, enquanto o hospital não tinha UTI Neonatal, era possível se manter financeiramente. Quando passou a atender bebês de alto risco, nunca mais o hospital deixou de ser deficitário. Segundo suas palavras, "a vaca foi pro brejo".

Entre os hospitais estudados, não foi possível obter a informação acerca do custo global do parto para todas as organizações, mas os dados colhidos indicam que o parto, se não é um evento de alto retorno financeiro, também não é um procedimento de alto custo hospitalar. Entre os gerentes dos hospitais PÚBLICOS, nenhum soube informar os custos do parto. Já entre os gerentes dos hospitais PRIVADOS SEM SUS e das COOPERATIVAS, tanto quanto entre aqueles dos hospitais sem fins lucrativos (FILANTRÓPICOS), foi mais fácil obter esse dado; quando o gerente não o informou, foi porque não quis fazê-lo, e não porque não soubesse.

---

[48] Em termos proporcionais, considerando-se a distribuição dos partos entre as dez maternidades investigadas, 31% foram realizados nas duas organizações de média complexidade (uma FILANTRÓPICA e uma PRIVADA SEM SUS), enquanto 69% ocorreram em organizações de alta complexidade (dados do Sinasc de 2005).

[49] Segundo um dos diretores de hospital PRIVADO SEM SUS, cada operadora tem a sua tabela, mas boa parte dos convênios paga, em média, aos hospitais, excluindo os honorários médicos, de R$ 750,00 a R$ 800,00, tanto por parto normal quanto por cesárea.

De qualquer forma, o custo do parto normal variou de R$ 580,00 a R$ 2.850,00, e o do parto cesáreo, de R$ 650,00 a R$ 2.850,00, segundo declaração dos gerentes, sendo que há uma tendência, não completamente linear, de o custo aumentar à medida que aumenta a complexidade do hospital. O fato de não termos tido acesso aos custos de todas as organizações investigadas impede análises comparativas mais profundas, mas revela outros aspectos bastante relevantes. O (des)conhecimento acerca de custos de procedimentos hospitalares está relacionado, entre outras coisas, com o grau de profissionalismo da gestão do hospital. Nesse sentido, é patente a dificuldade dos hospitais PÚBLICOS em avançar nesse aspecto. Como consequência, entre outras, observamos que os gerentes de maternidades privadas (com ou sem fins lucrativos) são muito mais críticos e sensibilizados para os impactos da alta tecnologia médica sobre o modelo de assistência ofertado, principalmente porque a sobrevivência da organização depende de sua saúde financeira, o que não tem sido o caso dos hospitais PÚBLICOS.

Em suma, o potencial lucrativo do parto, para o hospital, é baixo,[50] principalmente quando se trata de um hospital geral, de maior complexidade, e que realiza outros procedimentos bem mais vantajosos em termos financeiros.[51] Tal constatação suscitou uma nova questão: por que hospitais gerais de alta complexidade mantêm suas maternidades, a despeito do baixo retorno financeiro dessa decisão? Em uma lógica puramente racional e voltada para a eficiência das organizações, o esperado seria que os hospitais gerais de alta complexidade fechassem suas maternidades:

> *[se pudesse mudar alguma coisa no hospital] eu fechava a maternidade. Não compensa o risco. Com o capital que tem*

---

[50] O mesmo não pode ser dito para o médico obstetra, pois seu ganho financeiro com um parto é muito variável. Este ponto será analisado mais detidamente no próximo capítulo.

[51] O caso do Hospital Life Center ilustra bem esse argumento. Inaugurado em maio de 2002, em Belo Horizonte, tratava-se de um Hospital Geral com Maternidade. Nos seus dois primeiros anos, a maternidade registrou um total de sessenta nascidos vivos por ano. Em 2004, foram 318 nascidos vivos e, em 2006, 1.042. Apesar do crescimento constante no número de partos, no fim de 2006 a organização tomou a decisão de fechar a maternidade, por ser deficitária, e o Life Center se tornou um Hospital Geral sem Maternidade.

empatado aqui, em qualquer outro negócio você teria melhores resultados com muito menos trabalho. (...) Vários hospitais já fecharam a maternidade, não compensa, qualquer outra atividade é mais rentável do que a obstetrícia. (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Assim, a manutenção de maternidade em um hospital geral de alta complexidade se explica por necessidades práticas, profissionais e simbólicas, entre as quais as de fortalecer a marca e a imagem pública do hospital, permitir a manutenção da residência médica reconhecida em ginecologia e obstetrícia e sustentar a reificação da técnica/tecnologia como o substrato fundamental e indispensável da assistência em saúde. É a este último ponto que vou me ater.

A questão a ser problematizada, a partir desta forma que a organização adquiriu, é como uma aparente vantagem – a mulher ser atendida em uma organização de alta complexidade e ter à disposição todos os recursos e equipamentos tecnológicos necessários à assistência de alta complexidade – pode se tornar uma desvantagem no caso do parto, um evento fisiológico que, na maioria das vezes, não se relaciona com uma situação de morbidade. O que hospitais de alta complexidade oferecem, em geral, não é um atendimento voltado para o parto fisiológico. Ao contrário, quanto maiores o grau da patologia e a necessidade de utilização da alta tecnologia, maior a vantagem financeira de um procedimento médico:

Os planos de saúde gastam fortunas com neném no CTI. Se houvesse um pré-natal muito bem feito, um protocolo bastante rígido em procurar satisfazer condições que evitassem a prematuridade, teria muito menos prematuros, ou seja, seria muito mais econômico e muito mais saudável, porque não é saudável um bebê prematuro. Mas o investimento não está aqui, está na ponta, no CTI. Nenhum hospital quer fazer um projeto de um pré-natal protocolado porque isso envolve mudança de conduta médica, mudança de cultura. É mais fácil fazer um CTI, onde você ganha um tanto de dinheiro com o neném internado. (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Outro exemplo, citado por um diretor entrevistado, reflete o mesmo paradoxo, ou seja, as desvantagens de se oferecer assistência de baixa complexidade em um hospital de alta complexidade. Apesar de não se tratar de uma situação da obstetrícia, o reproduzimos aqui por seu potencial ilustrativo:

> *A operadora contratou trinta leitos para colocar pacientes de clínica médica. São pacientes considerados crônicos, pacientes que sistematicamente estão se reinternando, são pacientes idosos que pouca coisa você pode fazer por eles. Mas, na medida em que se internam em hospitais gerais, eles seguem toda a rotina do hospital, então é uma bateria de exames, uma medicação de alto custo. Para racionalizar esse atendimento, a operadora concentrou esse atendimento aqui, o paciente fica conhecido, ele vai e volta para casa, e você reduz muito os custos da operadora com esse tipo de atendimento.* (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Em suma, um hospital de alta complexidade se legitima por sua qualidade de atender a complicações e oferecer recursos tecnológicos avançados. A incorporação de tecnologias de alto custo é muito vantajosa para organizações de saúde porque permite que a sua lucratividade não dependa apenas do fator trabalho (Andreazzi, 2003). Entretanto, em função de seu alto custo, para que uma tecnologia de ponta se torne rentável para a organização, quem não precisa também tem que usar e pagar por ela.

Relação de Trabalho e Remuneração do Profissional Médico

Muitos aspectos estão envolvidos na relação entre o profissional médico e a organização hospitalar, e deve-se reconhecer a existência de conflitos, principalmente originados da disputa entre gestão hospitalar e autonomia do médico. O fato é que quanto mais a organização busca implantar uma racionalidade administrativa, com foco inclusive na sobrevivência financeira, mais acirrado é o embate com a autonomia do médico:

> *O grande avanço é o prontuário eletrônico (...). Tem uma série de vantagens: você pode padronizar condutas, padronizar medicamentos, colocar o pessoal dentro dos protocolos, o próprio sistema te bloqueia. (...) Por exemplo, é uma luta para receitar medicamento não padronizado, tem que entrar, tem que justificar,*

é mais difícil. O médico desiste. Acaba indo no outro mesmo, que é padronizado, e o resultado é o mesmo ou até melhor. O médico tem que parar de trabalhar como pessoa única e aprender a seguir protocolo. (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

O contrato de trabalho e a forma de remuneração do corpo clínico é um campo interessante de análise sobre a relação entre o profissional e a organização, bem como sobre as possibilidades de influência da organização sobre o trabalho médico. Quando a prestação de cuidados médicos à saúde dependia quase exclusivamente do fator trabalho, predominavam a forma liberal de organização do mercado e vínculos formais frouxos entre o profissional, e o cliente e os preços eram autorregulados pelas corporações médicas. Formas assalariadas de trabalho médico, vinculadas a uma organização, são mais recentes (Andreazzi, 2003). Ainda segundo Andreazzi, há três formas de remunerar o trabalho médico: pós-pagamento, pré-pagamento e remuneração do tempo de serviço.

No pós-pagamento, a remuneração ocorre após a realização efetiva dos serviços e sua modalidade mais tradicional é o pagamento por produção de serviços (*fee-for-service*). É o modo mais frequente de relacionamento entre os usuários que pagam diretamente ao médico e entre o seguro privado e seus credenciados. Segundo a teoria dos incentivos, o que está implícito nessa forma de remuneração é a superprodução de serviços, uma vez que a renda do profissional depende diretamente do volume dos atos realizados. Mais recentemente, tem-se discutido a modificação desse modelo, a exemplo do que vem ocorrendo com os hospitais, para pagamento prospectivo por diagnóstico ou por pacote de serviços,[52] um pagamento global por caso ou grupo de casos tratado.

No modelo do pré-pagamento, o profissional recebe uma quantia predeterminada, independentemente da sua produção de serviços. Em geral, esta é calculada tendo em vista o grupo de pessoas a que atende (também chamado de pagamento *per capita*). O modelo se adapta melhor a médicos de recorte generalista.

---

[52] Um exemplo seria o PPO (Procedimento Padronizado em Obstetrícia) da Unimed-BH, mediante o qual o obstetra é remunerado pelo conjunto do pré-natal e do parto, desde que tenha feito a captação precoce da paciente.

Na remuneração do tempo de serviço, por meio tanto de assalariamento quanto de formas precárias de relações de trabalho, o profissional dedica parte de seu tempo, que é o fator remunerado, à atenção aos pacientes. A diferença entre o assalariamento e as outras formas mais precárias é que nestas não há os benefícios sociais advindos da relação formal de trabalho (férias, aposentadoria, apoio à invalidez etc.). Nesse modelo, a remuneração independe da produção de serviços. Alguns sistemas têm preconizado a associação de incentivos ligados à produtividade dentro do método de remuneração por tempo de trabalho – combinação de salário com pagamento por ato.

As formas de remuneração do trabalho médico são substantivamente diferentes entre serviços públicos e privados. Entre as maternidades PÚBLICAS, os contratos de trabalho podem ser celetistas, estatutários, administrativos ou de emergência, e o valor pago ao médico é prefixado por plantão, independentemente da produção. Nas organizações FILANTRÓPICAS, há celetistas e contratos de emergência, também pagos por plantão e independentemente de produção. Já entre os hospitais PRIVADOS SEM SUS e na COOPERATIVA, o médico pode ser cooperado ou autônomo; em ambos os casos a sua renda é variável, pós-pagamento e dependente da sua produção. Essas variações nos modelos de contrato e de remuneração têm sido consideradas importantes variáveis na compreensão do modelo de assistência à saúde, cada uma delas com potencial de gerar diferentes iatrogenias na relação médico-paciente (Andreazzi, 2003).

O aspecto liberal e autônomo da medicina resulta da relação entre o contrato de trabalho, a remuneração do médico e a forma como a própria medicina é praticada. O modelo ideal de medicina autônoma e liberal é praticado, em sua plenitude, na clínica privada. Nesse caso, tanto no contrato quanto na remuneração, a relação entre o médico e o paciente prevalece sobre aspectos da organização. Os constrangimentos sobre a atuação do médico são de ordem gerencial e administrativa, e não relacionados à prática assistencial.

Por outro lado, na medicina pública, onde predominam o assalariamento e a inserção do médico em uma organização maior do que ele, a relação prevalente é entre a organização e o paciente. Nesse caso, os constrangimentos à ação do médico advêm dos

protocolos e das normativas das políticas públicas, bem como do trabalho em equipe. Em termos gerenciais, os constrangimentos estão mais restritos às limitações por falta ou escassez de recursos físicos e materiais.

O caso da permissão de acompanhante para a gestante durante o trabalho de parto e o parto é exemplar para a compreensão do exposto acima. Em todas as maternidades PÚBLICAS e FILANTRÓPICAS, a presença do acompanhante é considerada um direito da gestante ao qual a organização e a equipe de assistência, inclusive o médico, têm que se adaptar. Por outro lado, nas PRIVADAS SEM SUS e na COOPERATIVA a presença do acompanhante usualmente aparece combinada com alguma condição – ser o pai ou um adulto com parentesco direto – e depende da autorização ou anuência do médico, ou seja, é menos um direito da mulher e mais uma benesse do médico, uma decisão vinculada à autonomia assistencial de cada profissional, individualmente.

Como tendência, observa-se que o médico do setor privado atua sozinho, com maior autonomia assistencial e menos compromisso com a organização, mas está cada vez mais constrangido pela gestão empresarial do hospital. Por sua vez, o médico do setor PÚBLICO e FILANTRÓPICO integra uma equipe, tem menos autonomia e mais compromisso com a organização, e o constrangimento na sua atuação se origina mais das políticas públicas do que da gestão administrativa.

Soma-se a esses constrangimentos um novo, advindo tanto da sobreoferta de profissionais médicos no mercado quanto da consolidação de uma medicina cada vez mais tecnológica e de alta complexidade, que só pode ser oferecida por organizações hospitalares:

> *O cliente migrou do médico para a instituição. Você tinha um médico e procurava o seu médico. Agora, procura-se o hospital. O médico – como tem muito médico, muita faculdade – virou quase que uma* commodity *(...) Os clientes, agora, têm um plano de saúde e um livrinho lá com os [nomes dos] médicos. Geralmente eles não sabem quem é o médico, e procuram a instituição. A segurança não está mais no médico, está na instituição. Isso é notável. Aqui, em um levantamento que fizemos semana passada, em 2007 houve um aumento de 40% das pacientes que procuraram o plantão. Isso é um retrato direto de que cada vez mais as pessoas*

procuram a instituição, e não o médico. Aí a gente entra em um conflito monstruoso de interesses e de vaidades. Como diretor do hospital, minha função é cada vez mais valorizar a instituição. O médico tem de deixar os egos e perceber que tem que trabalhar cada vez mais para a instituição do que para ele mesmo, ele não vai sobreviver sozinho. (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Ou seja, se essa tendência se confirmar, a principal instituição de assistência à saúde no imaginário coletivo deixará de ser o médico para ser, cada vez mais, o hospital.

Humanização do Parto e Modelo Organizacional

Quantificar ou qualificar a humanização da assistência ao parto em um hospital não é tarefa fácil, pois a proposta de humanização do parto supõe uma mudança de paradigma, e não apenas de práticas assistenciais. Ou seja, diversos aspectos da humanização são subjetivos e se expressam apenas no interstício da relação assistencial, no espaço onde ocorre o contato direto entre a organização, o profissional e a mulher. A mudança efetiva do paradigma não foi objeto de investigação na presente publicação.

Identificou-se a presença de práticas assistenciais que consideramos mais emblemáticas na humanização do parto, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Brasil, 2005a): inserção da doula no acompanhamento do pré-parto; permissão de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto; uso de métodos alternativos de alívio da dor (banho, bola de parto, escada de Ling, massagem e deambulação); realização de parto sem complicações por enfermeiras obstétricas. As informações sobre as práticas da organização com relação a esses indicadores foram obtidas em entrevistas com os gerentes das maternidades.

A presença de tais práticas não atesta, definitivamente, que a assistência seja humanizada na sua concepção ideal, mas é um importante indício de um processo de mudança da lógica de assistência ao parto. A síntese dos achados, para as dez maiores maternidades de Belo Horizonte, está no Quadro 4.

Quadro 4 – Ocorrência de práticas de humanização do parto nas dez maiores maternidades de Belo Horizonte – 2007

Modelo organizacional	Doula	Acompanhante de livre escolha da mulher	Métodos alternativos para alívio da dor	Parto por enfermeira obstétrica
PRIVADO SEM SUS				
Hospital 1	Não	Sim, no quarto e com autorização do médico. Não, na enfermaria.	Não	Não
Hospital 2	Não	Sim, no quarto e com autorização do médico. Não, na enfermaria.	Não	Não
Hospital 3	Não	Sim, parente direto e adulto.	Não	Não
PÚBLICO				
Hospital 4	Não	Sim	Não	Não
Hospital 5	Sim	Sim	Bola de parto	Não
Hospital 6	Sim	Sim	Banho, massagem, deambulação	Não
Hospital 7	Sim	Sim	Deambulação	Não
FILANTRÓPICO				
Hospital 8	Sim	Sim	Deambulação, banho.	Esporadicamente
Hospital 9	Sim	Sim	Bola, escada de Ling, banho, deambulação, massagem	Sim
COOPERATIVA				
Hospital 10	Não	Sim, com autorização do médico.	Não	Não

Fonte: Questionário administrativo aplicado nas maternidades.

Tanto a doula quanto o acompanhante de livre escolha da mulher se caracterizam como diferentes tipos de suporte à gestante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Os estudos sobre o impacto da presença constante de uma pessoa de suporte ao lado da parturiente indicam redução da taxa de cesarianas, da analgesia e de medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e da utilização de ocitocina, bem como o aumento da satisfação materna com a experiência vivida (Brüggemann, Parpinelli & Osis, 2005). A doula é uma mulher leiga, sem experiência técnica na área da saúde, mas treinada para dar apoio à gestante durante o trabalho de parto. O apoio por ela oferecido pode ser classificado em quatro categorias: suporte emocional, que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; suporte físico, com medidas de conforto como massagens; suporte de informações, com orientações, instruções e

conselhos; defesa de direitos da mulher, do casal ou da família na relação com os profissionais do hospital (Leão & Bastos, 2001).

Nenhum hospital PRIVADO SEM SUS tem experiência com as doulas. No entendimento dos diretores entrevistados, as clientes que usam a saúde suplementar não teriam demanda nem interesse em que uma mulher leiga e desconhecida participasse do parto. Houve até um gerente que não sabia o que era a doula, e tinha um entendimento de que se tratava de parteira leiga cuja função é prestar assistência direta à gestante, em substituição ao profissional da saúde.

Por outro lado, Doula Comunitária é um projeto da Prefeitura de Belo Horizonte que tem sido implementado em quase todos os hospitais FILANTRÓPICOS e PÚBLICOS, à exceção de um hospital PÚBLICO. Neste caso, dois são os argumentos usados pelo gerente do hospital para a não inserção da doula, um de ordem administrativa e outro de ordem assistencial. O argumento de ordem administrativa é o de que não há como efetuar o gasto financeiro necessário para comprar vale-transporte para a doula.[53] O de ordem assistencial é de que a doula não é uma tecnologia tão importante na qualidade da assistência, e que outras prioridades deveriam ser observadas.

Com relação à permissão do acompanhante de livre escolha da mulher, apesar de algumas dificuldades e particularidades, tal prática já está bastante disseminada entre as organizações. As organizações PRIVADAS SEM SUS ainda vinculam essa presença à anuência do obstetra. Já nas organizações PÚBLICAS, o acompanhante é visto como um direito da mulher, e não como uma concessão do médico. Entretanto, na fala dos diretores é possível escutar uma diferença sutil, mas significativa, entre tolerar e estimular a presença do acompanhante:

> *A gente mantém, todo dia de manhã, uma reunião com os acompanhantes, [para saber] como é que eles foram recebidos, como eles viram a assistência, o resultado da assistência. (...) O médico trata a mulher de uma maneira. Se tiver um acompanhante ao lado dela, principalmente se for o marido, ele*

[53] O trabalho da doula é voluntário. O único compromisso da organização é fornecer o vale-transporte para que ela possa se locomover, sem custos, de casa para o hospital.

não tem mais espaço para tratar com todo o poder absoluto. O fator mais importante para a humanização, que eu acredito, é este de ter acompanhante. (Gerente de hospital FILANTRÓPICO)

Um aspecto importante que interfere na política da organização, mas não a determina, relacionado ao acompanhante é a estrutura física da maternidade. Em dois hospitais PRIVADOS SEM SUS, à gestante atendida na enfermaria não é permitido o acompanhante, sob o argumento da "falta de privacidade", ou seja, como os leitos nas enfermarias não têm divisórias entre eles, não seria adequada a presença de homens. Nos hospitais PÚBLICOS, em que todos os leitos são enfermarias, esse não tem sido o impedimento, pois todos adotaram a política de individualizar o leito mediante recursos diversos como cortinas ou divisórias de compensado.

Nenhum hospital PRIVADO SEM SUS oferece métodos alternativos para alívio da dor, por motivos diversos, entre os quais o fato de que a mulher atendida na saúde suplementar nem experimenta o trabalho de parto, em função da cesárea com data marcada (Leal e*t al.*, 2007); o fato de o hospital não ter estrutura física disponível para tais práticas, pois seu interesse é circular o leito e não mantê-lo muito tempo preso a um procedimento de baixo retorno financeiro; e, por fim, o fato de a analgesia ser percebida como um avanço substantivo e indispensável na assistência ao parto, bem como de manutenção da identidade de algumas organizações:

A paciente já chega no hospital na hora de ir para a sala de cesárea (...) Para eu ter toda essa parafernália [técnicas alternativas para alívio de dor], eu tinha que duplicar a capacidade instalada do hospital. Trabalho de parto normal, em primípara, por exemplo, pode durar 12 horas. (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Não sei se não acreditamos nisso [métodos alternativos de alívio de dor]. A gente tem uma experiência aqui de muitos e muitos anos, mais de vinte anos [com a peridural]. Acho que a primeira peridural feita em Belo Horizonte foi feita aqui, neste hospital. (Gerente de hospital PRIVADO SEM SUS)

Entre os hospitais PÚBLICOS e FILANTRÓPICOS, o oferecimento de métodos alternativos para alívio da dor não é homogêneo, havendo investimentos em diferentes graus nas diversas organizações.

A presença de enfermeiras obstétricas atuando no parto sem complicações é bastante rara. Apesar de muitas das organizações relatarem possuir enfermeiras com especialidade em obstetrícia no seu quadro de pessoal, isso não garante sua atuação no parto. Em um hospital PRIVADO SEM SUS, por exemplo, a tarefa da enfermeira obstétrica é o estímulo ao aleitamento materno. Apenas um hospital FILANTRÓPICO tem uma política clara de estimular e garantir que as enfermeiras obstétricas atuem na equipe de obstetrícia e assistam o parto normal sem complicações.

O que se observa globalmente é que as ações de humanização do parto têm que vir em conjunto. Quando uma organização escolhe não oferecer uma prática mais humanizada, aumenta consideravelmente a sua chance de não oferecer nenhuma, ou oferecê-la de maneira precária. Se tal organização for um hospital de alta complexidade, a mudança do modelo tecnocrático para o humanizado torna-se ainda menos possível, porque há uma necessidade organizacional e institucional de manutenção da alta tecnologia como o principal produto mercadológico e simbólico do hospital.

Em resumo, os hospitais PRIVADOS SEM SUS e a COOPERATIVA, considerando as quatro práticas de humanização do parto investigadas, só permitem que ocorra a presença do acompanhante no parto, assim mesmo a critério do médico. Soma-se a isso o fato de dois desses hospitais terem se tornado hospitais de alta complexidade nos quais a gestante e a maternidade representam uma parcela menor do seu movimento e do seu faturamento e, possivelmente, do seu interesse. Na identidade desses hospitais, a medicina de alta tecnologia é o principal produto a ser ofertado.

Os hospitais PÚBLICOS estão em uma posição intermediária, mas não homogênea, com alguns casos mais humanizados do que outros. Todos os hospitais PÚBLICOS são organizações de grande porte e de alta complexidade, com um corpo clínico fechado e gerentes antigos na função, o que gera estruturas pesadas e lentas, nas quais as mudanças políticas em outras esferas de governo (como no caso dos hospitais da Fhemig, cuja gestão depende da orientação do governo estadual) geram uma insegurança quanto à orientação a longo prazo da organização:

[o hospital] fica ao bel-prazer de quem chega lá [na Fhemig], dos interesses. Cada hora que muda a Fhemig, demora uns seis meses para a pessoa tomar pé do que está acontecendo. Mudam-se as direções todas dos hospitais e mudam-se os rumos das políticas de saúde. Não existe um planejamento que diga: 'Daqui a dez anos a maternidade vai estar assim, porque é assim que estamos planejando'. (Gerente de hospital PÚBLICO)

Por fim, os hospitais FILANTRÓPICOS apresentam mais flexibilidade para as práticas assistenciais previstas na humanização do parto. As organizações privadas sem fins lucrativos que atendem ao SUS se colocam em uma situação intermediária entre as tipicamente privadas e as tipicamente públicas. Por um lado, por se tratar de organizações privadas, apresentam maior autonomia administrativa, quando comparadas com as PÚBLICAS (um exemplo está na gestão de pessoal: por não se tratar de funcionários públicos, há mais autonomia em sua contratação e demissão). Por outro lado, por fazerem parte do fluxo de assistência do SUS, se comprometem com as normativas governamentais e os modelos de assistência da saúde pública. De fato, entre as dez maiores maternidades de Belo Horizonte, apenas uma organização FILANTRÓPICA não só oferece todas as práticas de humanização investigadas como é pioneira em diversas delas, presentes na organização antes mesmo das normativas governamentais, a exemplo da assistência ao parto sem complicações por enfermeira obstétrica e da atuação de doulas comunitárias.

Apesar das diferenças na implementação de práticas humanizadas de assistência ao parto, quando se considera o modelo organizacional, observa-se que um importante fator facilitador na adoção de práticas humanizadas da assistência ao parto é a vinculação do hospital ao SUS. No próximo capítulo será abordada a estratégia elaborada pelo poder público de Belo Horizonte para monitorar e avaliar a implementação da política de humanização do parto nas organizações hospitalares do município, principalmente nas que prestam serviços ao SUS. Será apresentada a perspectiva do profissional da obstetrícia em relação à humanização do parto e os constrangimentos presentes no seu cotidiano para a efetiva implementação das práticas humanizadas.

4

Humanização do Parto: constrangimentos e potencialidades

Partindo do suposto de que o hospital está colocado em uma posição intermediária entre a política de humanização do parto e a prática dos profissionais, será tratada neste capítulo a relação do Estado – no caso, o município de Belo Horizonte por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) – com as diferentes organizações hospitalares e seus instrumentos de regulação. Também será analisada a relação entre as organizações e os profissionais da obstetrícia, e destes com sua prática profissional.

A Comissão Perinatal, instância da SMSA, foi criada para monitorar e regular a qualidade da assistência à saúde materno-infantil. Sua história, suas principais mudanças ao longo do tempo, suas atividades atuais e sua relação com os hospitais que atendem ao parto em Belo Horizonte serão relatadas nas páginas que se seguem, após o que serão discutidos os constrangimentos que se apresentam no cotidiano dos profissionais da obstetrícia, médicos e enfermeiros, e sua relação com as práticas de humanização do parto.

Com isso, fecha-se aqui a triangulação entre política pública, organização hospitalar e profissional que presta assistência ao parto, de forma a indicar os aspectos que possam facilitar ou constranger as mudanças propostas pelas normativas da humanização do parto no âmbito das organizações hospitalares.

Comissão Perinatal: espaço de negociação, espaço de governabilidade

Para Mercadante (2002), o modelo original do SUS concede protagonismo ao município, revertendo a lógica da centralização federal que marcou o período da ditadura militar. Às secretarias municipais de Saúde são confiadas a gestão e a execução das ações e serviços públicos de saúde, seu planejamento, organização, controle e avaliação. Além disso, o poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades da iniciativa privada.

O município de Belo Horizonte[54] dispõe de uma instância governamental cujo objetivo é elaborar estratégias para melhorar, conjuntamente, a qualidade da assistência à mulher e à criança e enfrentar a morbi-mortalidade materna e perinatal no seu território. A Comissão Perinatal foi criada em 1994, no âmbito do Projeto Vida, da SMSA. Sua ação inicial voltava-se para a assistência básica e a organização da atenção ao pré-natal e ao puerpério em todos os centros de saúde da cidade (Porto, 2003). Ainda em 1994, o planejamento familiar foi implantado em toda a rede municipal de saúde, antecipando a ação nacional, só regulamentada em 1996 (Maia & Chacham, 2002).

Em 1996 a comissão foi formalmente constituída, em caráter permanente, e integrada à estrutura da SMSA por meio da portaria SMSA/SUS-BH 014/96, de 3 de maio. Segundo a portaria, a finalidade da comissão é:

> estudar os aspectos assistenciais à gestante e ao recém-nascido de risco, em Belo Horizonte, e, especificamente: (1) levantar os recursos existentes nas unidades de obstetrícia, públicas, contratadas e conveniadas, nas áreas ambulatorial e hospitalar, com vistas à atualização do cadastro; (2) estudar e propor critérios básicos para a política assistencial da especialidade, tendo em vista a desconcentração e descentralização do atendimento ambulatorial e hospitalar; (3) *acompanhar,*

[54] No levantamento que realizei, só identifiquei outras duas comissões perinatais, uma no município do Rio de Janeiro e a outra na região metropolitana de Goiânia.

> *controlar e avaliar a rede de assistência obstétrica* e neonatal, com vistas à operacionalização e à melhoria do sistema; (4) produzir relatórios técnicos periódicos; (5) propor à Superintendência Operacional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde-MG, através da Secretaria Municipal de Saúde-SMSA/SUS-BH, a realização de Auditoria Assistencial Especial, quando houver distorções; (6) desenvolver outras atividades afins. (Belo Horizonte, 1996, grifo meu)

Em dezembro do ano seguinte à formalização da comissão, foi constituído o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Belo Horizonte, por meio da portaria SMSA/SUS-BH 023/97, com o objetivo de investigar todos os óbitos maternos de mulheres residentes em Belo Horizonte, identificar possíveis falhas na assistência e sugerir medidas para sua prevenção (Dias & Perillo, 2002). Desde então, a comissão vem ampliando sua composição e consolidando seu poder de ação dentro da SMSA na relação com a rede de assistência obstétrica, ou seja, com as organizações hospitalares que atendem ao parto.

Quanto à sua composição, nota-se um movimento de ampliação, diversificação e institucionalização dos seus integrantes. Na portaria 014/96, que constituiu a comissão, sua composição se limitava a membros da SMSA, um representante da Federação dos Hospitais Filantrópicos, um representante da Associação dos Hospitais e o diretor da Maternidade Odete Valadares. Em 2002, a composição e estrutura da comissão passam por uma mudança formal substantiva, mediante a portaria SMSA/SUS-BH 010/2002 (retificada pelas portarias SMSA/SUS-BH 019/2002 e SMSA/SUS-BH 022/2002): sua vinculação institucional à Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar é explicitada pela primeira vez; sua composição é identificada apenas por instituições, e não mais nominalmente por pessoas, com estabelecimento das formas de escolha do representante, seu prazo de mandato e critérios de substituição; e os comitês de Mortalidade Materna e de Mortalidade Perinatal e Infantil passam a integrar a Comissão Perinatal. As atribuições da comissão são atualizadas e passam a ser:

> *Avaliar a assistência* pré-natal, ao parto, ao recém-nascido, ao puerpério e à criança menor de 1 ano no município, relacionadas com as causas de mortalidade materna, perinatal

> e infantil; *Elaborar propostas e orientar as ações de organização de assistência* qualificada à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de 1 ano no município, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, perinatal e infantil por causas evitáveis; *Monitorar a assistência oferecida* à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de 1 ano no município, relacionadas com as causas de mortalidade materna, perinatal e infantil; Divulgar aos órgãos competentes e à sociedade em geral os resultados do trabalho realizado, bem como as recomendações para a execução das intervenções consideradas necessárias. (Belo Horizonte, 2002b, 2002c, grifos meus)

A vinculação da Comissão Perinatal à Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar lhe confere mais poder e legitimidade na negociação com os hospitais privados (com e sem fins lucrativos) contratados pelo SUS. O atendimento hospitalar representa o maior dispêndio financeiro do Fundo Municipal de Saúde, e o poder público não dispõe de todos os equipamentos e serviços necessários, na sua rede própria, para a prestação dessa assistência. Por isso, cabe à gestão pública uma regulação da contratação e do conveniamento de prestadores de serviços de saúde, com o objetivo de permitir acesso equânime e de qualidade, e garantir a probidade no uso do dinheiro público (Belo Horizonte, 2005). Os dois princípios norteadores da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da SMSA são (Oliveira, 2003):

- Regulação assistencial: regular a oferta de serviços prestados aos usuários do SUS, de modo a promover equidade e integralidade, ou seja, priorizar o acesso aos serviços por critérios de necessidade, garantindo um atendimento adequado a cada problema de saúde.

- Regulação dos recursos públicos: regular o uso dos recursos públicos para que sejam utilizados segundo os princípios do direito administrativo (legalidade, eficiência, moralidade, impessoalidade e publicidade).

Com relação à sua composição atual, a Comissão Perinatal é constituída por representantes de gerências internas da SMSA, dos hospitais que prestam assistência ao parto pelo SUS e de

organizações do movimento social, totalizando 25 membros, conforme sistematizado no Quadro 5.

Quadro 5 – Composição da Comissão Perinatal de Belo Horizonte – 2007

Representantes internos à Secretaria Municipal de Saúde
- Um representante da Gerência de Epidemiologia e Informação.
- Um representante da Coordenação de Atenção à Criança da SMSA.
- Um representante da Coordenação de Atenção à Mulher da SMSA.
- Um representante do Setor de Controle e Avaliação Ambulatorial da SMSA.
- Um representante do Setor de Controle e Avaliação Hospitalar da SMSA.
- Um representante do setor de Vigilância Sanitária da SMSA.
- Dois representantes do Comitê de Mortalidade Materna.
- Dois representantes do Comitê de Mortalidade Infantil.

Representantes de corporações profissionais
- Um representante da Sociedade Mineira de Pediatria.
- Um representante da Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia.
- Um representante da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (Abenfo) - Regional MG.*

Representantes da sociedade civil
- Um representante da Pastoral da Criança de Belo Horizonte.
- Um representante do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente.
- Um representante do Conselho Municipal de Direitos da Mulher.
- Um representante da Rede Feminista de Saúde - Regional MG.*

Representantes das maternidades SUS-BH
- Um representante da maternidade e do berçário de cada hospital integrante do fluxo de assistência à gestante e ao recém-nascido de alto risco (atualmente em número de 7).**

Representantes de outras organizações hospitalares
- Um representante dos hospitais pediátricos.
- Um representante da Associação Mineira de Hospitais.

** Incluídas pela portaria SMSA/SUS-BH 027/2004 (Belo Horizonte, 2004).*

*** Na portaria SMSA/SUS-BH 010/2002 (Belo Horizonte, 2002a), estavam listados 11 hospitais integrantes do fluxo de assistência ao parto pelo SUS: Hospital Municipal Odilon Behrens, Maternidade Odete Valadares, Hospital das Clínicas, Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa), Hospital Sofia Feldman, Hospital Evangélico, Hospital Dom Bosco, Mater Clínica, Hospital Santa Lúcia e Hospital Felício Rocho. Na portaria SMSA/SUS-BH 027/2004 (Belo Horizonte, 2004) o Hospital Evangélico já não consta da lista. No fim de 2007, apenas sete hospitais estavam incluídos no fluxo de assistência ao parto pelo SUS: Hospital Municipal Odilon Behrens, Maternidade Odete Valadares, Hospital das Clínicas, Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa), Hospital Sofia Feldman e Hospital Risoleta Tolentino Neves.*

Fonte: elaborado pela autora com base na portaria SMSA/SUS-BH 010/2002.

Por fim, é importante registrar que a Comissão Perinatal se apresenta como uma experiência pioneira no país e já foi agraciada com os prêmios Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getulio Vargas (FGV), em 2002, e com o Prêmio Eleutério Rodriguez Neto, da Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS, do Ministério da Saúde, em 2006.

Algumas características da Comissão Perinatal parecem refletir diretamente no seu potencial de ação: sua atuação se amplia para além da atenção básica; setores estratégicos da SMSA a integram, objetivando romper a fragmentação da ação de saúde, repartida em programas verticalizados (Coordenação de Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, Gerência de Epidemiologia e Informação, Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial, Controle e Avaliação Hospitalar, Supervisão Hospitalar e a Vigilância Sanitária); prestadores de serviços hospitalares e a sociedade civil estão presentes em sua composição; apresenta alguma autonomia para alocação de recursos financeiros[55] (Lansky, 2006).

Em suma, criada em 1994, a Comissão Perinatal tem mostrado vitalidade para realizar mudanças, tanto em sua composição quanto em sua forma de atuação, que ampliaram seu espectro de ação. No concernente à sua composição, observam-se ampliação, diversificação e democratização da participação, que passou de restrita a poucos integrantes da SMSA para a ampliação do número destes e a inclusão de atores não governamentais do município. Quanto à sua atuação, merece destaque a ampliação de três frentes de trabalho: antes restrita à assistência básica, oferecida nos postos de saúde, passou a encampar a assistência hospitalar; inicialmente limitada à qualidade da assistência obstétrica hospitalar, passou a discutir o modelo de assistência ao parto; o espectro de sua intervenção, antes restrito aos hospitais SUS-BH, estendeu-se em direção aos hospitais da saúde suplementar.

[55] Recursos do Fundo Nacional de Saúde, para prevenção e controle da mortalidade materna; recursos do Proesf/MS (Expansão e Consolidação Saúde da Família, componente referente ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal), bem como os recursos advindos de prêmios, como o Prêmio em Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getulio Vargas.

Participando da Comissão Perinatal

A Comissão Perinatal se reúne ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário. As reuniões ordinárias são realizadas na primeira quarta-feira do mês, no período da manhã. A participação como observadora nas reuniões da Comissão Perinatal me permitiu testemunhar, de maneira privilegiada, o modo como diferentes atores institucionais constroem sua perspectiva sobre as políticas de saúde materna e de humanização do parto e nascimento, e se relacionam com o poder público.

A presença dos diversos participantes nas reuniões ordinárias da Comissão Perinatal, em 2007, pode ser observada no Quadro 6. Apesar de a comissão ter uma composição institucional diversificada, a grande expectativa é pela presença dos diretores das maternidades: como o parto é predominantemente hospitalar, não é possível discutir e implementar as diretivas nacionais e municipais de sua humanização sem a participação e a anuência das maternidades, representadas por seus diretores. Outra característica das representações é que uma mesma pessoa pode representar mais de uma instituição. Assim, uma integrante da comissão pode representar, ao mesmo tempo, o Hospital das Clínicas (porque nele trabalha) e a Sociedade Mineira de Pediatria (porque é pediatra a ela filiada). Além disso, apesar de a comissão ter sua composição definida mediante portaria, suas reuniões são abertas e nunca identifiquei nenhum constrangimento ou impedimento à participação de outras instâncias governamentais ou não governamentais.

As datas das reuniões ordinárias foram mantidas quase sem nenhuma alteração (primeira quarta-feira de cada mês), o que possibilitou uma rotina para os participantes, sem alterações súbitas, e manteve-se a média de vinte pessoas por reunião. Com relação à pauta das reuniões, o mesmo não pode ser afirmado. As pautas, muito extensas, estavam sempre abertas a reformulações, inclusões e exclusões de assuntos, o que nem sempre era bem recebido por todos os participantes.

Quadro 6 – Presença das instituições nas reuniões ordinárias da Comissão Perinatal – 2007

Instituições representadas	07/02	07/03	04/04	02/05	06/06	04/07	01/08	12/09	03/10	07/11	05/12	%
Secretaria Municipal de Saúde												
Epidemiologia e Informação	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	91%
Coordenação de Atenção à Criança	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Coordenação de Atenção à Mulher	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	55%
Controle e Avaliação Ambulatorial	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	73%
Controle e Avaliação Hospitalar	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	45%
Vigilância Sanitária	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	27%
Comitês de Mortalidade Materna e Infantil	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Corporações profissionais												
Sociedade Mineira de Pediatria	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	9%
Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0%
Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	82%
Associação Brasileira de Enfermagem	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	82%
Sociedade civil												
Pastoral da Criança	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	73%
Conselho Municipal da Criança e do Adolescente	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	18%
Conselho Municipal de Direitos da Mulher	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	64%
Rede Feminista de Saúde	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	82%
Maternidades SUS-BH												
Hospital Sofia Feldman	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	91%
Hospital Júlia Kubitschek	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Maternidade Odete Valadares	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	91%
Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa)	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	55%
Hospital das Clínicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	73%
Hospital Odilon Behrens	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	73%
Mater Clínica*	Não	Não	Não	Não	Não	Não	-	-	-	-	-	0%
Hospital Risoleta Tolentino Neves**	-	-	-	-	-	-	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	80%
Organizações hospitalares												
Hospitais Pediátricos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0%
Associação Mineira de Hospitais	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0%

** Descredenciada em agosto de 2007.*

*** Inaugurado em agosto de 2007.*

Outras instituições, mesmo sem representação formal, tiveram participação assídua nas reuniões: Copihmi (Serviços de Controle de Infecção Hospitalar das Instituições com Atenção Materno-Infantil da Região Metropolitana de Belo Horizonte); Conselho Municipal de Saúde; Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte/SES.

Fonte: elaborado pela autora com base nas atas das reuniões da Comissão Perinatal.

Apesar de um quórum sempre em torno de vinte participantes, observa-se grande variação na presença das instituições com representação formal na Comissão Perinatal. É possível reunir seus integrantes em três grupos distintos: um com alta frequência nas reuniões, acima de 70%; outro com frequência média, entre 69 e 40%; e o terceiro com baixa ou nenhuma frequência. É fato que a comissão não mobiliza da mesma maneira os seus diversos integrantes, nem internamente à SMSA – a Coordenação de Atenção à Mulher, o Controle e Avaliação Hospitalar e a Vigilância Sanitária tiveram frequências de participação média e baixa –, nem os representantes de corporações profissionais e da sociedade civil, com agendas políticas diferentes ou mesmo conflitantes com a agenda da comissão.

Nas reuniões da Comissão Perinatal, pude observar a existência de diversos campos de conflitos na disputa pelo modelo de assistência ao parto no município: maternidades públicas *versus* Comissão Perinatal; maternidades públicas *versus* centros de saúde; maternidades públicas *versus* maternidades privadas; médicas/os *versus* enfermeiras obstétricas; médicas/os *versus* pediatras; profissionais da saúde *versus* Judiciário; profissionais da saúde *versus* leigos; atenção secundária e terciária *versus* Programa Saúde da Família (PSF); regulação *versus* autonomia. Os aliados em alguns conflitos podem ser opositores em outros.

A vitalidade da comissão pode ser exemplificada por algumas de suas ações em 2007: formação e acompanhamento de doulas comunitárias; capacitação de conselheiros de saúde para o controle social hospitalar, com o objetivo de acolher a gestante na maternidade, acompanhar o desempenho do serviço e realizar a ouvidoria e o controle social; implantação da proposta de inclusão de monitoramento das maternidades pela Supervisão Hospitalar

(avaliação com observação da assistência prestada à gestante e ao recém-nascido); manutenção do Fórum de Obstetrícia, como um grupo de trabalho permanente da comissão, que atua definindo, pactuando e construindo consensos para a adequação dos serviços; manutenção do Fórum de Neonatologia; realização de quatro Encontros de Humanização de Assistência Obstétrica e Neonatal, abertos ao público em geral; descredenciamento da última maternidade privada com fins lucrativos do SUS-BH; formação de multiplicadoras em parto normal; lançamento e articulação da Campanha BH pelo Parto Normal, com o objetivo de reduzir a cesárea desnecessária em todo o município, inclusive nos hospitais PRIVADOS SEM SUS; realização de visitas às maternidades SUS (públicas e contratadas), para acompanhamento dos avanços e das dificuldades na implantação de práticas humanizadas da assistência ao parto.

Apesar de sua atuação diversificada, considero que a Comissão Perinatal se tornou o principal instrumento do poder público municipal para garantir a qualidade, em um primeiro momento, e a implementação de um modelo humanizado de assistência, mais recentemente, nas organizações hospitalares que atendem ao parto.

A Comissão Perinatal e a Qualidade dos Serviços Hospitalares

No fim da década de 1990, havia um sentimento generalizado de que a assistência hospitalar ao parto era bastante precária em Belo Horizonte. De fato – segundo a série histórica das internações obstétricas pelo SUS, em Belo Horizonte, entre 1996 e 2005, e de quantas destas terminaram em alta por óbito da mulher (dados não apresentados) –, o ano de 1998 foi crítico para a morte materna em Belo Horizonte: foram registradas 59 altas por óbito da mulher nos casos de internação obstétrica pelo SUS, 83% das quais ocorreram na rede contratada.

Ainda em 1998, o pediatra José Orleans da Costa defendeu sua dissertação de mestrado, na qual avaliou os recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte. Tratou-se de um estudo transversal, que abrangeu 28 hospitais-maternidade em funcionamento no município de Belo Horizonte,

no qual foram avaliados infraestrutura geral, infraestrutura clínico-perinatal e recursos das unidades perinatais. Na avaliação, cinco hospitais foram considerados inadequados para realizar atendimento a qualquer tipo de parto (Costa *et al.*, 2004).

Em 1999, o movimento de mulheres de Belo Horizonte – motivado pelas falhas na assistência à gestação e ao parto em Belo Horizonte – realizou o Fórum da Maternidade, uma proposta de constituição de uma articulação política de instituições governamentais e não governamentais, bem como de profissionais da saúde da mulher, com o objetivo de promover a saúde materna no município (Redesaúde, 1999). Segundo diagnóstico dos/as próprios/as diretores/as de maternidades, apresentado durante esse fórum, as principais dificuldades para o atendimento ao parto eram: a ausência de uma política de hierarquização da atenção (baixo, médio e alto riscos); o déficit de leitos de UTI Neonatal; a falta de referenciamento para o parto e de vinculação da gestante com a maternidade, durante o pré-natal; o fluxo de pacientes do interior para a capital, já no momento do parto; o sucateamento da estrutura física; as dificuldades com formação de recursos humanos e a baixa remuneração pela tabela do SUS (Redesaúde, 1999).

Nesse contexto propício à mobilização do movimento social, à sensibilização do poder público para a questão e à produção de dados de pesquisa científica comprovando a falta de pré-requisitos mínimos para uma assistência de qualidade ao parto em diversas organizações hospitalares, a SMSA deflagrou, a partir da Comissão Perinatal, ações dirigidas à sua rede própria e à contratada: exclusão de cinco maternidades com baixo escore de qualidade do atendimento pelo SUS; apoio à reestruturação das demais maternidades, à ampliação de leitos para recém-nascidos de alto risco e à capacitação dos profissionais; vinculação das gestantes às maternidades, para evitar a 'peregrinação' da mulher na hora do parto[56] (Lansky, 2002, 2003; Costa *et al.*, 2004; Lansky *et al.*, 2006). Assim, a Comissão Perinatal, que, criada em 1994, dirigiu

---

[56] 'Peregrinação' refere-se à busca da gestante, de maternidade em maternidade, por uma vaga para internação obstétrica. Quando a rede de assistência básica, onde a mulher faz o pré-natal, não tem uma maternidade de referência para encaminhamento da gestante, perversamente a busca pela vaga se torna um problema da mulher, e não do sistema de saúde.

suas ações iniciais para a assistência básica, principalmente para a organização da atenção ao planejamento familiar, pré-natal e puerpério na rede básica de saúde, depois de 1999 se volta de maneira sistemática e definitiva para a assistência hospitalar.

A reorganização da rede hospitalar de atenção ao parto em Belo Horizonte após essas ações foi profunda: enquanto em 1994 o município mantinha convênio para parto com 14 hospitais privados, em 2006 apenas três hospitais privados (sendo dois filantrópicos) eram contratados pelo SUS. A última maternidade privada com fins lucrativos que ainda prestava assistência pelo SUS foi descredenciada em agosto de 2007. O movimento da Comissão Perinatal de Belo Horizonte foi dedicado a reduzir o convênio para parto com as organizações hospitalares privadas com fins lucrativos, ao mesmo tempo que fortalecia a rede própria e filantrópica para absorver a demanda do município. Essa decisão da Comissão Perinatal, de não manter convênio com hospitais privados com fins lucrativos para a realização de parto, acabou tornando Belo Horizonte, onde a rede privada ainda permanece fundamental para a assistência aos partos pelo SUS, um caso atípico no país.

Além de seu ineditismo, tal decisão da SMSA é emblemática para a discussão acerca de condicionantes organizacionais para a implementação das políticas públicas, visto que ela resulta de duas premissas: a de que há maior disposição dos hospitais PÚBLICOS e FILANTRÓPICOS em implantar as normativas governamentais para humanização da assistência ao parto e a de que há maior possibilidade de monitoramento e acompanhamento dessas organizações por parte da Comissão Perinatal. Ou seja, os hospitais privados com fins lucrativos não têm interesse em discutir modelos de assistência ou controle social, e sua relação com o SUS se restringe à de prestadores de "procedimentos", que não se submete ao sistema e tampouco assumem compromisso com protocolos ou avaliações.

As formas de controle dos hospitais privados pelo poder público são, basicamente, duas: o controle sanitário, que afeta todos os hospitais privados, os quais devem observar as normas da Vigilância Sanitária para a obtenção do Alvará Sanitário; o controle via supervisão hospitalar para o pagamento das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar, documento que autoriza o

prestador a proceder à cobrança da internação), que afeta apenas os hospitais privados contratados pelo SUS, os quais precisam receber pelos procedimentos executados e evitar a glosa. Com relação ao hospital privado, tanto os que atendem ao SUS quanto os que não atendem, não há constrangimentos institucionais no que tange ao processo de trabalho, ao modelo e à qualidade da assistência, ou ao resultado da assistência.

Entretanto, a Comissão Perinatal não se rende aos seus próprios constrangimentos institucionais e avança na disputa para tornar a assistência hospitalar ao parto mais segura e mais humanizada. Três ações emblemáticas da Comissão Perinatal sintetizam sua relação com a organização hospitalar: a manutenção do Fórum de Obstetrícia, espaço de articulação e negociação das maternidades SUS-BH entre elas e com a SMSA; o descredenciamento das maternidades privadas com fins lucrativos do SUS-BH, uma forma não convencional de contornar as dificuldades da prefeitura em controlar a qualidade dos serviços ofertados por organizações privadas contratadas pelo SUS; e a realização da Campanha BH pelo Parto Normal, uma articulação da SMSA para mobilizar amplos atores sociais em uma grande campanha pela humanização do parto e nascimento, buscando estender sua ação para os hospitais PRIVADOS SEM SUS.

O Fórum de Obstetrícia

O Fórum de Obstetrícia é um grupo de trabalho da Comissão Perinatal composto por um representante de cada uma das maternidades que atendem ao SUS-BH, tanto as públicas quanto as privadas, no qual se discutem as dificuldades da assistência obstétrica e se pactuam as ações dos hospitais na superação de tais dificuldades. É um espaço privilegiado para se identificar o significado da humanização do parto para diferentes organizações hospitalares, além das diferenças, das semelhanças e dos conflitos entre elas. Reúne-se mensalmente, na terceira quarta-feira do mês, das 8h30 às 10h. Em 2007, o fórum se reuniu nove vezes; as reuniões foram realizadas nas maternidades SUS-BH, em forma de rodízio.

Em 2007, alguns dos temas discutidos no fórum foram: critérios para indicação e marcação de cesáreas eletivas;

superlotação na admissão das maternidades, com afluxo de casos que deveriam estar sendo resolvidos nos centros de saúde (teste de gravidez, prevenção de câncer de colo de útero, retirada do DIU etc.); treinamento dos médicos e enfermeiras do PSF; elaboração da classificação de risco, objetivando priorizar atendimento por urgência, e não por ordem de chegada na maternidade; ações de redução das taxas de cesárea; monitoramento das práticas de assistência humanizada nas maternidades, pela supervisão hospitalar; dificuldades de encaminhamento via Central de Regulação.[57]

A frequência dos diretores das maternidades às reuniões do Fórum de Obstetrícia, em 2007, está registrada no Quadro 7. Novamente, aqui, a frequência das organizações com representante no Fórum da Obstetrícia é variada, com organizações com frequência alta (hospitais PÚBLICOS), média (hospitais FILANTRÓPICOS) e nula (hospital PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS) às reuniões. O hospital PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS contratado pelo SUS não se fez presente em nenhuma reunião do Fórum da Obstetrícia em 2007, tampouco em anos anteriores.

No Fórum de Obstetrícia, os conflitos mais evidentes foram: maternidades *versus* centros de saúde; maternidades *versus* Central de Regulação e médico *versus* enfermeira. Da observação das reuniões, destacam-se as discussões acerca do "trabalho em equipe" para a humanização da assistência ao parto e da relação entre prática médica e processos judiciais. Esses dois aspectos, por estarem afeitos à discussão sobre *ethos* e prática profissional, serão discutidos adiante, na seção Humanização do Parto: a perspectiva do profissional da obstetrícia.

---

[57] As Centrais de Regulação podem ser de dois tipos: Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). As Centrais de Regulação objetivam garantir que: as vagas de consultas especializadas e hospitalares sejam preenchidas por critério de gravidade do estado de saúde do paciente; os profissionais da saúde não reservem leitos com base na influência pessoal; os estabelecimentos de saúde não recusem pacientes do SUS; a população não sobrecarregue os serviços de atendimento dos prontos-socorros com casos não urgentes; os pacientes sejam encaminhados de modo sistemático.

Quadro 7 – Presença dos diretores das maternidades SUS-BH nas reuniões do Fórum de Obstetrícia – 2007

Instituição representada	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Ago	Set	Out	Nov	%
Hospital Sofia Feldman	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	44%
Hospital Júlia Kubitschek	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	89%
Maternidade Odete Valadares	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	44%
Hospital das Clínicas	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	89%
Hospital Odilon Behrens	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	67%
Mater Clínica*	Não	Não	Não	Não	Não	--	--	--	--	0%
Hospital Risoleta Tolentino Neves*	--	--	--	--	--	Sim	Sim	Sim	Sim	100%

**A Mater Clínica foi descredenciada pelo SUS em agosto de 2007, quando foi inaugurado o Hospital Risoleta Tolentino Neves.*

Fonte: Caderno de campo da autora.

Descredenciamento das Maternidades Privadas com Fins Lucrativos do SUS/BH

Como visto no capítulo 2, no Brasil, entre os estabelecimentos que realizam partos, 40% são públicos, 12% são privados e 48% são privados que atendem ao SUS (IBGE, 2006). O que se observa em Belo Horizonte é uma situação completamente atípica em relação ao padrão nacional, já que no universo das organizações que atendem ao parto pelo SUS, no município, apenas duas são privadas, ambas FILANTRÓPICAS. Mesmo reconhecendo a tendência, no país, desde 1992, a um declínio geral na participação dos hospitais lucrativos no SUS (Marinho, 2004), a situação de Belo Horizonte deve ser creditada à atuação da Comissão Perinatal, que foi capaz de sustentar, política e assistencialmente, o descredenciamento de maternidades privadas do SUS-BH, bem como de reorganizar o fluxo da demanda pela assistência para as organizações que permaneceram em funcionamento.

A análise do processo de descredenciamento da última maternidade privada com fins lucrativos do SUS-BH (Mater Clínica) ilustra os impasses e as dificuldades da relação entre o poder público e as organizações com fins lucrativos e contribui para identificar constrangimentos organizacionais na implementação das políticas públicas de saúde em geral e daquelas de humanização do parto, em particular.

Em 2007, a Mater Clínica completou 35 anos de existência em Venda Nova, região metropolitana de Belo Horizonte. A maternidade esteve, nos últimos anos, entre as maiores maternidades SUS do município, em número de partos, apenas recentemente superada pelo Hospital Sofia Feldman. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),[58] o hospital dispunha de cinquenta leitos obstétricos, dos quais 45 destinados ao SUS. Havia trinta médicos ginecologistas de plantão no hospital, dos quais 12 tinham vínculo empregatício declarado e 18 não, mas todos eram remunerados pelo SUS. Esses trinta médicos apresentavam, em média, quatro vínculos de trabalho (nos extremos estavam três médicos/as que constavam do CNES como atuantes apenas na Mater Clínica e um que aparecia com 11 vínculos de trabalho).

Desde a primeira avaliação das maternidades, realizada em 1999 pela Comissão Perinatal, a relação da Mater Clínica com a prefeitura é tensa, alternando momentos de investimento com outros de embate. Um exemplo de investimento ocorreu em 2001, quando a Prefeitura de Belo Horizonte entregou equipamentos de CTI Neonatal a diversas maternidades contratadas, inclusive à Mater Clínica, para proporcionar às crianças nascidas com algum risco de vida a assistência em leito seguro, enquanto aguardam transferência para o CTI.[59] Um importante embate ocorreu em 2003, quando a SMSA constituiu uma Comissão Especial de Sindicância com a finalidade de verificar o atendimento aos usuários do SUS na Mater Clínica (portaria SMSA/SUS-BH 037, 2003). O relatório dessa comissão incitava a Mater Clínica a melhorar o acompanhamento da gestante em trabalho de parto, apresentar alternativas para humanização da assistência, não reter o cartão de pré-natal da gestante e garantir registro completo em prontuários e declaração de óbito (portaria SMSA/SUS-BH 012).

[58] Fonte: www.cnes.org.br. Acesso em: ago. 2007.

[59] As outras maternidades foram: Dom Bosco, Santa Lúcia, Hospital Evangélico, Sofia Feldman e Hilda Brandão. Foram entregues os seguintes equipamentos: ventilador, respirador, berço aquecido, incubadora, monitor e oxímetro (PBH..., 2001).

Em todas as reuniões da Comissão Perinatal do primeiro semestre de 2007, a situação da Mater Clínica esteve na pauta, mas a organização nunca esteve presente. Já na primeira reunião do ano se discutia o remanejamento paulatino dos partos nela realizados para as outras maternidades SUS-BH, de forma que de seiscentos partos/mês a Mater Clínica passasse a realizar apenas trezentos, até a inauguração da nova maternidade municipal, que então atenderia a essa demanda.[60] Já em março de 2007 nenhum centro de saúde de Belo Horizonte referenciava gestantes para a Mater Clínica, e o movimento de partos do hospital ficou restrito à demanda espontânea de mulheres residentes em Belo Horizonte e ao afluxo de mulheres de municípios limítrofes, principalmente Ribeirão das Neves, Vespasiano e Santa Luzia.

As ações da prefeitura para melhorar a qualidade da atenção da Mater Clínica, ao mesmo tempo que reduziam, paulatinamente, o seu número de partos, foram: inclusão de enfermeiras obstétricas pagas diretamente pela prefeitura para realizar partos de risco habitual; desvinculação de todos os centros de saúde que referenciavam partos para a Mater Clínica; inclusão de quatro obstetras plantonistas da prefeitura na admissão do hospital para reencaminhamento das gestantes que chegavam à maternidade por demanda espontânea; disponibilização de ambulância na porta da maternidade para transporte de gestantes.

Os conflitos entre os profissionais da Mater Clínica e as enfermeiras obstetras – designadas para a assistência ao parto – e entre os profissionais da Mater Clínica e os médicos ginecologistas plantonistas – designados para o reencaminhamento das gestantes – foram emblematicamente diferentes: não houve impedimento à atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, mas houve tentativa de impedir o encaminhamento, pelo médico plantonista, para outras maternidades. Os conflitos estavam mais ligados, no caso, à defesa de uma reserva de mercado do que de uma reserva de procedimentos.

---

[60] Mediante contrato de gestão entre a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep) e a Prefeitura de Belo Horizonte, o antigo Hospital Dom Bosco, em Venda Nova, será transformado em maternidade municipal. O início de seu funcionamento está programado para 2011.

Há que se reconhecer a complexidade das questões envolvidas na relação de prestação de serviços públicos por organizações privadas com fins lucrativos. A assistência ao parto é um procedimento cuja demanda cai ano a ano, em função da própria queda da taxa de fecundidade, o que impacta o mercado de maneira significativa. Também devem-se levar em conta os baixos valores de remuneração da tabela do SUS pagos pelo procedimento. Por outro lado, as organizações hospitalares tendem a incorporar massivamente os desenvolvimentos tecnológicos da neonatologia, que aumentam os custos hospitalares com o parto. A Mater Clínica, uma organização privada com fins lucrativos, optou por permanecer como prestadora de serviços de assistência ao parto ao SUS. Nessa condição, só havia vantagem financeira para a organização no atendimento dos partos de baixo risco – que não demandam investimento em equipamentos (como UTI Neonatal e UTI Adulto, por exemplo) –, para um grande volume de usuárias, com rápida circulação dos leitos segundo um modelo de assistência intervencionista e de condução ativa do trabalho de parto, e sem que houvesse controle por parte do poder público.

O fato de a Mater Clínica ofertar um atendimento de baixa complexidade não se configurava, *a priori*, em um problema, pois na maioria das vezes o parto é um procedimento simples e sem complicação. O problema é que a maternidade ofertava um atendimento tecnocrático de baixa qualidade,[61] em um modelo de linha de montagem padronizada e de produção em série:

> *No final, o resultado foi bom, porque a gente melhorou demais, porque a mulher chegava lá, era jogada no pré-parto, rompiam a bolsa independentemente de estar com 2, 4, 6, 8 ou 10 cm [de dilatação]. E a mulher ficava lá até a hora em que ela tinha a possibilidade de tomar analgesia, em que era obrigada a tomar mesmo não querendo (...). Depois da analgesia, mesmo que ela estivesse com 7 cm [de dilatação], ela era obrigada a fazer força (...). Na hora do neném nascer ela estava exaurida, e faziam um Kristeller básico nela (...). A gente conseguiu mudar um*

[61] Segundo relato de um gerente de maternidade entrevistado, na década de 1990 foram registrados cinco casos de fasceíte necrotizante (infecção grave em cicatriz de cesárea ou episiotomia), em uma única semana, em pacientes oriundas da Mater Clínica.

pouco a história de algumas mulheres que foram ganhar neném lá. (...) A gente pegava mulheres que já estavam tendo o terceiro ou quarto filho, e elas diziam 'Você tem que subir aqui em cima de mim, tem que empurrar'. A gente falava 'Não, quem tem que empurrar é você, quem vai fazer o seu parto é você'. (Enfermeira obstétrica, 27 anos)

A gente viu um modelo médico arcaico (...) que tem uma construção de conhecimento voltado mais para aquela prática dura, uma prática em que você não quer saber quem é a pessoa que está do lado de lá, que faz um toque, faz um exame físico sem se preocupar se o outro está sentindo dor ou não está, se está sendo exposto ou não está. (Enfermeira obstétrica, 41 anos)

Em função do momento tenso que vivia a organização, não foi possível contato com seus diretores. O conflito com a Comissão Perinatal não significava apenas o fim do contrato com a prefeitura, mas o próprio fim do hospital.

Como organização privada com fins lucrativos, a Mater Clínica não foi capaz de atender e responder quando chamada a discutir o modelo de assistência ao parto que praticava. Acabou se tornando um exemplo de como uma organização privada, que tinha todas as condições para mudar o seu modelo de assistência ao parto para uma prática mais humanizada – o que em parte pode ser comprovado no período em que a prefeitura introduziu a enfermeira obstétrica no fluxo de assistência da organização –, preferiu encerrar suas atividades a promover a mudança.

Movimento BH pelo Parto Normal

A preocupação com as altas taxas de cesárea, no Brasil, não é recente. Nos últimos vinte anos já foram empreendidas duas campanhas por entidades médicas, bem como uma pelo Ministério da Saúde, em favor do parto normal: em 1986 e 1987, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com o *slogan* "Aleitamento materno, parto normal: atos de amor";[62] em 1997, pelo Conselho Federal de Medicina, cujo *slogan* era "Natural é parto normal"[63] e que teve como madrinha a atriz Malu Mader; e, por último, em

[62] Informações disponíveis no *site* da Sociedade Mineira de Pediatria: www.sbp.com.br/img/documentos/doc_conquista_sbp.pdf. Acesso em: 9 nov. 2010.

2006, o Ministério da Saúde lançou a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária.[64] Pelo que se vê da prática médica atual, essas campanhas não lograram êxito na reversão das altas taxas de cesárea desnecessárias.

Em Belo Horizonte, em um movimento aparentemente contraditório com as ações da Comissão Perinatal de cancelamento de convênios com maternidades de baixa qualidade de assistência, a taxa de partos cesáreos vem crescendo, ano a ano, desde 1999, passando de 42% para quase 49%, em 2005, principalmente em função das taxas dos hospitais privados.

Em uma conjunção de forças favoráveis – que incluiu o compromisso pessoal do então secretário municipal de Saúde, Helvécio Magalhães Júnior, com a redução das cesáreas desnecessárias[65] –, a Comissão Perinatal iniciou um amplo movimento pelo parto normal em Belo Horizonte, em 2007. Segundo declaração do secretário de Saúde para matéria no *Diário Oficial do Município* n. 2.846, de 16 de maio de 2007, "vai ser uma experiência inédita no Brasil essa união de forças contra a cesariana desnecessária". O movimento foi lançado pelo próprio secretário, em reunião para a qual foram convocadas organizações representativas de corporações médicas (ginecologia-obstetrícia, pediatria, médicos de família e enfermagem), organizações da saúde suplementar, organizações do movimento social e de controle social, hospitais e instituições de ensino superior.[66] A composição do movimento não é fechada, e outras organizações podem vir a aderir ao processo.

---

[63] Informações disponíveis no *site* do IBDES: www.ibdes.org.br/pautarbrasil2007/documentos/10%20-%20Documento%20Pautar%20Brasil%20-%20Medicina.pdf. Acesso em: 9 nov. 2010.

[64] Informações disponíveis no *site* do Ministério da Saúde: portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35140. Acesso em: 9 nov. 2010.

[65] Segundo relato de seus interlocutores, ele teria dito que quer uma "cruzada" contra as cesáreas desnecessárias.

[66] A composição atual do Movimento BH pelo Parto Normal inclui: Comissão Perinatal, Unimed-BH, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), Fundação de Seguridade Social (Geap), Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, Comissão de Saúde da Câmara, Comissão de Saúde da

Antes de deflagrar o movimento, a Comissão Perinatal convidou todas as maternidades SUS-BH a apresentar, em reunião extraordinária, no dia 21 de março de 2007, as medidas para humanização da assistência ao parto que estivessem implementando. Todas as maternidades SUS-BH se dispuseram a apresentá-las, exceto a Mater Clínica, indicando mais uma vez a dificuldade, por parte de hospitais privados com fins lucrativos prestadores de serviços ao SUS, de se submeterem ao controle social. Mas as outras maternidades SUS também se submetem ao controle da Comissão Perinatal de maneira diferenciada. No acompanhamento realizado nas reuniões ordinárias da comissão, pude observar uma relutância do hospital universitário em aceitar que sua taxa de cesárea seja alta. A argumentação, epidemiologicamente tautológica ("a taxa é alta porque [o hospital] faz pouco parto normal"), é que a alta complexidade da atenção e os partos de risco forçam as taxas para cima. Como o Hospital das Clínicas não é o único serviço do SUS para o atendimento de gestantes de risco, e como ele também está incluído no sistema de referência da mesma forma que os outros, fica a questão: o referido argumento realmente se relaciona com uma diferença no perfil de risco da clientela, ou está baseado na representação que um hospital universitário constrói de si?[67] Por outro lado, outros hospitais públicos, também com atendimento de gestantes de alto risco, reconhecem que sua taxa de cesárea é alta e buscam formas de reduzi-la.

---

[66] (continuação) Assembleia, Frente Parlamentar Saúde da Mulher, Rede Feminista de Saúde, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Pastoral da Criança, Ministério Público, Promotoria da Infância e Juventude, Associação Hospitais de Minas Gerais, Federação das Filantrópicas, Federação Santas Casas, Secretaria de Estado da Saúde, Agência Nacional de Saúde, Conselho Regional de Medicina-MG, Conselho Regional de Enfermagem-MG, Associação Médica de Minas Gerais, Academia Mineira de Pediatria, Sociedade Mineira de Pediatria, Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica-MG, Associação Brasileira de Enfermagem-MG, Associação Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Minas.

[67] Segundo relato de um entrevistado, no treinamento oferecido pela prefeitura em ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia – o *staff* de todos os hospitais públicos de Belo Horizonte participou, exceto o do Hospital das Clínicas, que só enviou residente, em uma demonstração da lógica segundo a qual um hospital universitário só tem a ensinar, e não a aprender.

Após três reuniões gerais da campanha BH pelo Parto Normal, a Comissão Perinatal criou quatro grupos de trabalho, na perspectiva de comprometer cada ator com sua área de atuação, aprofundar o diagnóstico da situação e propor ações gerais o suficiente para impactar o modelo tecnocrático de atenção ao parto, hegemônico em Belo Horizonte: o Grupo de Aspectos Técnico-científicos, o Grupo de Aspectos Socioculturais, o Grupo de Aspectos Específicos da Saúde Suplementar e do Setor Privado, o Grupo de Aspectos Ético-legais. Apesar de os grupos terem se formado com base na identificação das organizações com cada tema, suas reuniões eram abertas à participação de qualquer pessoa interessada.

A perspectiva de atuação do movimento é intervir em todos os aspectos identificáveis e relacionados com a manutenção e reprodução do modelo tecnocrático de atenção ao parto. Dessa forma, as ações propostas são inúmeras e objetivam impactar desde a organização do pré-natal na rede pública até a formação médica (graduação, residência médica e educação continuada), passando por reforma de espaços físicos das maternidades e discussões de aspectos éticos e legais dos diferentes modelos de assistência ao parto. Tudo isso embalado por uma ação publicitária e de mídia que divulgue para mulheres e profissionais uma nova imagem do parto.

Entretanto, a novidade na proposta da campanha é a disposição do poder público de comprometer os hospitais PRIVADOS SEM SUS e a saúde suplementar com as políticas públicas de humanização do parto. Entretanto, Belo Horizonte antecipou uma ação que vem sendo gestada, também, no nível federal: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem discutido formas de reduzir os índices de cesariana na saúde suplementar. Em fevereiro de 2008, a agência lançou a campanha Parto Normal Está no Meu Plano. O primeiro passo da campanha foi incentivar o envio, pelas operadoras, de uma carta elaborada pela ANS às mulheres que possuem planos médico-hospitalares com cobertura obstétrica. O objetivo é informá-las sobre os benefícios do parto normal e os riscos das cesarianas sem indicação precisa. A carta elenca as desvantagens de uma cesariana sem indicação, estimula a presença do acompanhante, a prática da deambulação, a adoção de posições de escolha da mulher e o uso de métodos para alívio de dor:

> [a cesariana] aumenta os riscos de complicações e de morte para a mulher e para o recém-nascido. (...) aumentando a chance de o bebê ser retirado do útero ainda prematuro, já que é impreciso o cálculo da idade gestacional realizado antes do parto por meio da ultrassonografia ou considerando-se a data da última menstruação. (...). A retirada cirúrgica de bebês do útero antes que tenham atingindo a completa maturidade fetal é grave, pois estudos demonstram que fetos nascidos entre 36 e 38 semanas têm 120 vezes mais chances de desenvolver problemas respiratórios agudos e, em consequência, necessitar de internação em UTI Neonatal do que aqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Esta situação, além de aumentar os custos hospitalares e o risco do desenvolvimento de outros problemas de saúde no bebê, ocasionados pela internação, gera uma separação abrupta e precoce entre mãe e filho, num momento primordial para o estabelecimento de vínculo, para uma melhor adaptação do recém-nato à vida extrauterina e para o início do aleitamento materno. Além disso, as chances de a mulher sofrer uma hemorragia ou infecção no pós-parto também são maiores em caso de cesárea, existindo ainda um risco aumentado de ocorrerem problemas em futuras gestações, como a ruptura do útero e o mau posicionamento da placenta.
>
> (...) quando a equipe de saúde possui uma atitude acolhedora, quando há estímulo para a participação de acompanhante durante todo o trabalho de parto e no parto, quando a mulher é encorajada a ter uma postura ativa, movimentando-se durante o trabalho de parto, adotando posições nas quais se sinta mais confortável e tendo acesso a métodos para o alívio da dor. (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007)

A ação da Comissão Perinatal voltada para os hospitais privados e para a saúde suplementar provocou, entre os seus diversos integrantes, duas reações opostas. Para alguns, a saúde suplementar não é um problema da comissão, que deveria restringir sua ação apenas aos serviços da saúde pública:

> *A Comissão Perinatal está patinando em coisas que a fazem perder muito do tempo dela. O problema de o hospital X ter 80% de*

cesariana, ou o hospital Y ter 90% de cesariana, é para ser resolvido em outra esfera. Não me interessa isso, não me preocupo com isso. (...) Para mim, como gestor de hospital público, há outros problemas muito mais prioritários: a qualidade do pré-natal, o planejamento familiar que não está funcionando (...), que estão sendo deixadas de lado para se envolver com a preocupação de que Belo Horizonte tem 50% de cesarianas. (Gerente de maternidade PÚBLICA)

Por outro lado, há aqueles para os quais as ações da comissão voltadas para a saúde suplementar já vêm tarde. Para esses, toda e qualquer mulher, independentemente da classe social a que pertença e do seu poder aquisitivo, usuária ou não dos equipamentos públicos de saúde, é cidadã de responsabilidade do poder público: "a Secretaria Municipal de Saúde coordena a saúde da mulher, e não da mulher pobre de Belo Horizonte" (Médico obstetra, 45 anos).

Se prevalecer a perspectiva do segundo grupo, é possível que a experiência da Comissão Perinatal indique caminhos para a superação da dualidade público-privado na assistência à saúde, no Brasil, dualidade que se reproduz na própria prática cotidiana dos profissionais da saúde. Segundo me confidenciou uma integrante da Comissão Perinatal, quando questionou um colega obstetra sobre as taxas de cesárea em seu consultório particular, ele teria dito: "Sobre isso eu não discuto". Ou seja, o mesmo profissional que defende um modelo de assistência na saúde pública se sente livre para praticar outro na saúde privada e suplementar.

O fato é que as práticas obstétricas são muitas, e não uma só. Tais práticas podem variar tanto para o mesmo profissional, inserido em diferentes organizações, quanto para profissionais com formações diferentes e inseridos na mesma organização.

Humanização do Parto: a perspectiva do profissional da obstetrícia

Em entrevistas realizadas com médicos e enfermeiras com formação em obstetrícia, procurei identificar os determinantes

organizacionais e do *ethos* profissional que podem influir na prática obstétrica desses profissionais, com base nos seguintes aspectos: remuneração do trabalho; particularidades da assistência quando o profissional que atende o pré-natal e o parto é o mesmo e quando são profissionais diferentes; hierarquia entre iguais e entre desiguais, na cena do parto; o lugar do 'risco' na obstetrícia; resultado adverso e processos legais.

Remuneração do Trabalho de Médicos e Enfermeiras

Na relação de trabalho entre a organização hospitalar e o profissional da saúde médico, incidem três aspectos: as características do corpo clínico, o contrato de trabalho e as formas de remuneração. O corpo clínico de um hospital é o conjunto de seus médicos incumbido de prestar assistência aos pacientes, e pode ser aberto, fechado ou misto. O hospital com corpo clínico aberto tem corpo clínico próprio e também permite a qualquer profissional habilitado da comunidade internar e tratar seus pacientes. No hospital de corpo clínico fechado, não se permitem, ordinariamente, atividades de outros profissionais que não os integrantes do próprio corpo clínico. Já no hospital de corpo clínico misto, o hospital faz concessão, por cortesia, a outros profissionais para internar e assistir a seus pacientes. Com relação aos contratos de trabalho, há uma infinidade de possibilidades, que variam desde os regimes celetista (com todas as garantias trabalhistas) e estatutário até o autônomo (no qual não há contrato de trabalho algum entre o médico e a organização, apenas entre o médico e o paciente), passando por alternativas de contratos mais precários de trabalho, como o contrato administrativo, o contrato de emergência ou o modelo de cooperativa. Com relação à remuneração, as três formas de remunerar o trabalho médico são: pós-pagamento, pré-pagamento e remuneração do tempo de serviço.

Nas diferentes categorias da tipologia Modelo Organizacional, aqui proposta, observam-se variedade e multiplicidade de combinações entre estes três aspectos – características do corpo clínico, contrato de trabalho e formas de remuneração. Os hospitais PÚBLICOS possuem corpo clínico fechado,

com regimes celetista, estatutário ou temporário, em que os plantonistas são remunerados por tempo de serviço. Os hospitais FILANTRÓPICOS possuem corpo clínico misto, em regime celetista ou de contrato precário de trabalho, com pagamento por tempo de serviço. Os hospitais PRIVADOS SEM SUS possuem corpo clínico aberto, sendo que os plantonistas são remunerados por pós-pagamento por procedimentos. A COOPERATIVA dispõe de corpo clínico aberto, mas os plantonistas são médicos cooperados que recebem um valor fixo ao qual se acrescenta o pós-pagamento por procedimento.

Os profissionais médicos obstetras que se encontram em situação mais precária com relação à remuneração são os plantonistas de maternidades PRIVADAS SEM SUS. Segundo um dos entrevistados,

> *nos hospitais privados, o profissional que está de plantão recebe pelos procedimentos que ele faz no serviço, e na obstetrícia o procedimento ou é cesariana ou é parto normal ou é curetagem. Quando é curetagem de paciente externa, o médico dela é que vai fazer e o plantonista não recebe nada; quando é cesariana da paciente externa, ele só recebe o auxílio cesariana; e quando é parto normal ele também não recebe nada. Ele só recebe quando é cesárea ou um parto normal de plantão, o que é raro.* (Médico obstetra, 45 anos)

A remuneração pós-pagamento por procedimentos, na qual o obstetra plantonista recebe pela quantidade de partos realizados no seu plantão, criou expressões como "passar o plantão zero", que refletem a dimensão da importância do modelo de pagamento por procedimento para o modelo de assistência, ou seja, o médico tenta ao máximo concluir o atendimento ao parto no plantão em que a mulher foi internada. Para isso, indução, aceleração e cesárea se prestam muito bem. Esse era o modelo praticado pela Mater Clínica – maternidade PRIVADA COM SUS, descredenciada do fluxo de atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte em 2007. No processo de intervenção da Comissão Perinatal sobre a assistência da Mater Clínica, uma das ações foi a inserção da enfermeira obstétrica, remunerada por tempo de serviço e não por procedimento, diretamente pela prefeitura. Nessa circunstância, os médicos passaram a realizar menos partos, mas continuavam recebendo por eles (o médico recebia por todos os partos do seu plantão,

inclusive os realizados pela enfermeira obstétrica). Assim, os conflitos entre os médicos da Mater Clínica e as enfermeiras obstétricas da prefeitura não impediram a atuação destas:

> *Surgiu a proposta de trabalhar na Mater Clínica (...). Eu não tive problemas com ninguém especificamente, nenhum médico, mas a gente escutava muita piadinha (...) Falavam que [no Hospital Sofia Feldman] a mulher faz cocô no parto, e ficavam dando nomes para o neném, tipo assim: 'nasceu o Bostovaldo'.* (Enfermeira obstétrica, 27 anos)

Por outro lado, quando os obstetras plantonistas da prefeitura foram para a maternidade, com o objetivo de redirecionar as gestantes para outros serviços, houve sérios conflitos – inclusive o trancafiamento de uma médica plantonista da prefeitura em uma sala da maternidade, para que não fizesse o reencaminhamento –, já que isso significava redução nos procedimentos e nos ganhos. Tal evento também é emblemático do *ethos* médico, que parece estar mais ligado, no caso, à defesa de uma reserva de mercado do que de uma reserva de procedimentos.

No final do processo de transição, em uma nova negociação com a direção da Mater Clínica, os profissionais da maternidade passaram a ser contratados diretamente pela prefeitura, com remuneração fixa por plantão, independentemente da produção. Segundo relatos durante as reuniões da Comissão Perinatal, a mudança na forma de pagamento impactou o modelo de assistência, pois o profissional médico, tanto o obstetra quanto o anestesista, não mais pressionavam por procedimentos.

Com relação à remuneração dos profissionais que atuam na saúde suplementar, os ganhos dos médicos obstetras com o parto são bastante variáveis, tanto porque diferentes operadoras de saúde praticam modelos e valores diferentes de remuneração quanto porque o médico pode cobrar um *plus* da paciente. Com relação às operadoras, há as que pagam por hora de trabalho de parto (até um máximo de seis horas), enquanto outras pagam um valor fixo por procedimento. Há, ainda, operadoras que pagam valores equivalentes para o parto normal e para a cesárea, e as que dobraram o valor pago ao parto normal, em relação à cesárea. Caso exemplar, em Belo Horizonte, é do da Caixa de Assistência à

Saúde da UFMG (Casu) –, que, ao chegar a 100% de partos cesáreos, passou a pagar, em agosto de 2007, R$ 2.112,00 para o parto normal em apartamento e R$ 858,00 para a cesárea. A prática de cobrança extra, por parte do médico, diretamente da paciente será discutida adiante.

Nenhum dos dados sobre as diversas modalidades de remuneração do trabalho médico se aplica à enfermagem. Os hospitais estabelecem relações de trabalho com as enfermeiras, sejam obstétricas ou não, na qual a remuneração é fixa por tempo de serviço, e nunca por procedimento.

Pré-Natal e Parto: quando o profissional é o mesmo e quando são diferentes

Uma importante diferença no fluxo da atenção à gestação e parto, entre serviço público e privado, é a observada entre o médico do pré-natal e o médico do parto. Na saúde privada, o pré-natal e o parto são procedimentos vinculados a um único médico obstetra, que na maioria das vezes acompanha a gestante durante todo o ciclo gravídico e puerperal. Já na saúde pública, o profissional que atende a gestante no pré-natal, no centro de saúde – que pode ser tanto um médico ginecologista ou generalista quanto uma enfermeira –, não é o profissional que a atende no parto.

Segundo Chacham (1999), o relacionamento da mulher com o pré-natalista da saúde privada é qualitativa e quantitativamente diferente daquele vivenciado pela mulher atendida pelo SUS. Na saúde privada, a mulher reconhece o médico como experto e lhe presta deferência e submissão às suas determinações. Além disso, a relação é descrita pelas mulheres como de intimidade e liberdade. Já entre as mulheres atendidas no SUS, a experiência do pré-natal realizado com o médico se caracteriza pelo relacionamento distante, sem entusiasmo ou vínculo de intimidade, e permeado por certa desconfiança. Por outro lado, o pré-natal realizado com enfermeira obstétrica no SUS se mostrou um espaço confortável para conversas e esclarecimento de dúvidas.

Pois bem, a mulher da saúde suplementar paga um preço – financeiro e simbólico – para ter o mesmo profissional que a acompanhou no pré-natal também durante o parto.

Em termos financeiros, mesmo que o médico seja conveniado a alguma operadora da saúde suplementar, ele cobrará, além do que recebe da operadora pelo procedimento, um *plus* da paciente, a título de ressarcimento por sua disponibilidade de 24 horas – o qual, pelo observado em Belo Horizonte, pode variar de R$ 1.500,00 a R$ 6.000,00 por parto. A Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia (Sogimig) está movendo um processo contra a Unimed-BH no qual reivindica a legalidade da cobrança, pelos médicos cooperados, de honorários em caráter particular, das pacientes associadas dessa cooperativa, pelo atendimento obstétrico hospitalar fora do plantão (Cf. Sogimig..., 2007). Discutir a ética e a legalidade dessa cobrança extra diretamente da usuária é bastante complexo e escapa ao nosso escopo, mas vale registrar o que nos disseram dois entrevistados:

> *Não tem sentido você passar vinte, trinta anos da sua vida sem poder viajar quando quer (...) Eu estou sempre com paciente para nascer, é um preço altíssimo. Eu nunca posso. Meu marido está em Curitiba e eu estou aqui com duas pacientes para nascer.* (Médica obstetra, 50 anos)

> *O médico cobra a sua disponibilidade, o que eu acho correto, porque o trabalho de parto não dura o tempo dele, dura todo o tempo da pessoa, o tempo todo. Eu não posso beber, não posso viajar. É uma vinculação de 180 dias com a pessoa, é um processo. Mas se a pessoa pactua isso e não honra essa pactuação, não oferece o melhor [para a paciente], e parto normal frequentemente é o melhor, ela está errando muito.* (Médico obstetra, 45 anos)

Ou seja, há um complicador na contraprestação ao atendimento obstétrico da saúde suplementar, no Brasil: o médico cobra por uma disponibilidade de 24 horas que, em princípio, ele já sabe que não vai ofertar, pois quase sempre os partos de suas pacientes serão com dia e hora marcados.

É aqui que surge o preço simbólico dessa vinculação, para a gestante, pois sua deferência ao saber e ao discurso médico a vulnerabiliza e implica maiores riscos para ela e o bebê. Se por um lado a vinculação da mulher a um único profissional, do pré-natal até o parto, é uma prática assistencial que, em tese, deveria favorecer a confiança e segurança da mulher e melhorar o

resultado da assistência, por outro essa promessa não se realiza. São exatamente as mulheres atendidas pela saúde suplementar que estão mais expostas a uma prática obstétrica não baseada em evidências científicas.

Outro aspecto da relação médico-paciente, na medicina suplementar, é a exclusividade dessa relação. Não há espaço para a atuação de outros profissionais, ao contrário do que ocorre na saúde pública, cada vez mais calcada na ação em equipe:

> *Se uma paciente minha estiver em trabalho de parto no hospital privado eu largo tudo e vou lá correndo, não tem ninguém olhando para ela. (...) Ela é minha paciente e ninguém vai ficar olhando ela lá.* (Médico obstetra, 45 anos)

> *Acho que vou parar de fazer obstetrícia. (...) Piora a minha qualidade de vida. (...) Se eu resolvesse continuar a fazer muita obstétrica ainda, (...) eu talvez fizesse um investimento desses, eu contrataria alguém para trabalhar, deixava de fazer parto solitária (...) Eu mudava a forma, porque o sacrifício está muito grande, eu virava equipe de verdade.* (Médica obstetra, 50 anos)

Essa lógica de assistência, que exige do médico 24 horas de disponibilidade, sobrecarrega o profissional, ao mesmo tempo que lhe dá o argumento final para a cesárea ou a condução ativa do trabalho de parto:

> *A cesariana ou o parto normal são remunerados da mesma forma. Por que eu vou ficar dez horas acompanhando um parto humanizado, sem induzir, (...) para ganhar a mesma coisa, se eu fico 25 minutos operando?* (Médico obstetra, 33 anos)

Na medida em que a saúde suplementar não mudar essa lógica do processo de trabalho do obstetra – solitário e isolado –, mais difícil será implementar mudanças no modelo de assistência ao parto para a prática humanizada.

Cena do Parto: hierarquia entre iguais e entre desiguais

A mudança do modelo de assistência é, principalmente, uma mudança do ator principal da cena do parto. No modelo tecnocrático, o médico é o ator principal; a ele cabe a condução ativa do trabalho

de parto. No modelo humanístico, a gestante é a atriz principal, e inúmeros outros atores são incluídos na cena: a doula, o acompanhante e a enfermeira obstétrica, que apoiam e dão suporte ao trabalho de parto que é realizado pela própria mulher.

Entretanto, no modelo tecnocrático, o médico em questão não é apenas o obstetra. Nossas observações revelaram que outras especialidades médicas, menos visíveis, são fundamentais para a manutenção de práticas excessivamente intervencionistas ou inadequadas no parto e nascimento, quais sejam, as do anestesista e do pediatra. Não raro, obstetras que buscam práticas mais humanizadas entram em conflito com profissionais dessas especialidades.

Os conflitos com o anestesista são de ordens diversas: muitos anestesistas ainda acreditam que a mulher deve ser mantida em jejum absoluto, sem comida nem bebida durante todo o trabalho de parto (prática considerada inadequada pela OMS); não raro anestesistas se recusam a administrar a analgesia prescrita por enfermeiras obstetras, só aceitando realizar o procedimento com prescrição médica; e insiste-se em manter a mulher, após a realização da analgesia, no bloco obstétrico, impedindo-a de retornar ao pré-parto:

> *A paciente falava assim: 'Pelo amor de Deus, me dá um pouquinho de água'. Eu falava 'Não pode, vou dar só uma ampolinha de água bidestilada para você molhar a boca'. (...) Imagina a paciente em trabalho parto, em que a demanda calórica e de água é enorme, e você coloca ela em jejum. (...) Era cruel.* (Médica obstetra, 37 anos)

Com os pediatras, os embates estão relacionados ao bebê. Conforme relatos, os pediatras tendem a perceber a vagina como "assassina" de bebês. Muitos se angustiam com o período expulsivo, ou insistem para que seja feita uma episiotomia para "facilitar" a passagem do bebê, conforme relata uma enfermeira obstétrica (27 anos): "Eu já fiz episiotomia por causa do pediatra, porque ele ficava falando na minha cabeça: 'Se você não fizer, o neném não vai nascer'. É uma interferência enorme". Profissionais da pediatria também tendem a querer pegar o bebê antes da mãe e realizar procedimentos considerados desnecessários para partos de baixo risco:

[a maternidade] tentou fazer um projeto de humanização do parto na época em que eu estava lá, tentou não ter mais alojamento conjunto. A paciente saía do bloco com o bebê (...) A paciente ficava no bloco 40 minutos esperando a criança ser liberada pelo pediatra, porque o pediatra tinha o vício de fazer o primeiro exame. (Médico obstetra, 33 anos)

Esses conflitos entre médicos de diversas especialidades explicitam disputas de poder e o estabelecimento de uma hierarquia entre aqueles que, supostamente, eram iguais. Soma-se a essas tensões o fato de o modelo humanístico se basear na atenção por uma equipe ampliada, com a inclusão de doulas e enfermeiras obstétricas, estas sim desiguais e em posições hierárquicas claramente inferiores. Por isso, a categoria "trabalho em equipe" se mostra importante na discussão sobre *ethos* profissional e modelo de assistência ao parto. Uma primeira análise sobre a forma como a categoria "trabalho em equipe" vem sendo usada pelo profissional médico parece indicar que esta é uma reação à perda de espaço na cena do parto, mais do que uma proposta de divisão e redefinição de papéis. O "trabalho em equipe" sugerido é aquele que se realiza sob a chefia e responsabilidade do médico obstetra. Um importante argumento que sustenta essa lógica é o do tempo de formação universitária, ou seja, assim deve ser porque o médico estuda nove anos, enquanto a enfermeira estuda 'apenas' quatro.

A discussão sobre qualificação profissional e assistência ao parto é pertinente, pois tanto médicos quanto enfermeiras fazem a formação na especialidade de obstetrícia após a graduação. Os médicos ingressam na residência de obstetrícia e ginecologia, que dura três anos e aborda temas diversos e variados, como atendimento ginecológico e ao parto, afecções e infecções genitais, câncer ginecológico e mamário, urgências e emergências ginecológicas e obstétricas, cirurgia ginecológica e obstétrica, doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade, disfunções endócrinas, ginecologia infanto-puberal e climatério, laparoscopia e histeroscopia, unidade de terapia intensiva etc.[68] Segundo um dos entrevistados, o ensino atual da obstetrícia se ressente de uma hipertrofia da ginecologia:

A ginecologia cresceu muito. Ela cresce pela reprodução humana, ela cresce pela videolaparoscopia, ela cresce pelo climatério, ela cresce pela uroginecologia, ela cresce pela oncologia ginecológica. (Gerente de maternidade PÚBLICA)

Por outro lado, as enfermeiras que fazem especialização em obstetrícia tratam apenas do parto de risco habitual, em cursos que têm duração variada. Por exemplo, na Universidade de São Paulo (USP), o curso de enfermagem obstétrica dura 550 horas/aula;[69] na UFMG, ele tem duração de 1.185 horas/aula.[70]

Ou seja, enquanto médicos obstetras se formam em uma residência que trata de assuntos diversos, e na qual a ginecologia tende a suplantar a obstetrícia, as enfermeiras obstetras tratam apenas de parto de risco habitual na sua especialização. De fato, há uma desigualdade na formação acadêmica de médicos e enfermeiras em assistência ao parto normal sem complicações, para o qual as enfermeiras obstétricas estão potencialmente mais bem preparadas:

Faço tudo diferente [do que aprendi na faculdade]. A faculdade te coloca como o centro da atenção, você como sendo o responsável, e na prática eu aprendi que o parto é da mulher, eu estou só assistindo o parto. (...) Aprendi muito com a enfermeira a esperar um pouco mais, que vai acabar nascendo, porque essa coisa do poder médico de decidir o processo, então eu aprendi muito, no decorrer da minha vida profissional, a fisiologia do parto (...) O papel do obstetra é ouvir coração de neném. (Médico obstetra, 45 anos)

Se tem um lugar que tem que mudar, é a formação. Os meninos já saem da residência [médica] totalmente despreparados, totalmente avessos ao parto normal, a cesariana é que é bom, faz umas três cesarianas de manhã e vai atender no consultório (...). BCF

---

68 Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

69 Fonte: www.ee.usp.br/culturaeextensao/cursos/obstetrica/obstetrica.html, consulta em: 10 nov. 2010.

70 Fonte: www.enf.ufmg.br/especializacoes/ceeo.php, consulta em: 10 nov. 2010.

[batimento cardíaco fetal] de meia em meia hora? O que é isso? A maioria dos obstetras que estão trabalhando hoje escuta o BCF na hora da internação. Escuta uma ou duas vezes. (Médico obstetra, 34 anos)

Outra situação explícita de hierarquia entre supostamente iguais aparece nos conflitos entre a assistência pré-natal (rede básica de saúde) e a assistência ao parto (hospitalar), quando se considera a rede pública de saúde. Esse embate se dá em dois campos: generalistas *versus* especialistas e pré-natalistas *versus* obstetras.

Para se entender o embate generalista *versus* especialista, é preciso que se entenda o funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF). A Saúde da Família é a estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBSs). Trata-se de equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade. São compostas, no mínimo, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Há uma percepção, nos hospitais SUS-BH, de que a qualidade da atenção básica à saúde da mulher piorou com a ampliação e consolidação do PSF e a atuação do generalista e do enfermeiro. O principal argumento dos diretores de maternidades para sustentar tal percepção é o aumento significativo de busca direta de mulheres pelos hospitais com demandas básicas como teste para gravidez ou tratamento para algumas doenças sexualmente transmissíveis. Segundo os diretores das maternidades SUS-BH, as urgências dos hospitais têm ficado sobrecarregadas com casos para os quais o centro de saúde deveria ser resolutivo, gerando uma anomalia na qual apenas uma mulher é internada para cada cinco ou seis consultas realizadas pelo plantão da maternidade. Nesse contexto, também a qualidade do pré-natal tem sido questionada.

Outro embate ocorre entre o médico pré-natalista e o obstetra. Na rede pública de saúde, o pré-natal e o parto não são

acompanhados pelo mesmo profissional. Entretanto, o médico pré-natalista se faz presente na hora do parto ao referenciar a gestante para o hospital já com a definição da via de parto. Como o pré-natalista passou os nove meses com a gestante, sua palavra tem enorme força emocional sobre a mulher. Segundo os obstetras das maternidades, quando o pré-natalista diz que o parto deverá ser uma cesárea, cria-se um ambiente de potencial conflito entre a gestante e a organização hospitalar, menos porque o médico obstetra prefira o parto normal e mais porque ele não aceita a ingerência do pré-natalista na sua atuação. Não ouvi relatos de que haja conflitos quando o pré-natalista sugere o parto normal e a mulher é submetida a uma cesárea.

Mas, nessa hierarquia entre iguais e desiguais, quem permanece no lugar menos importante é a mulher. Particularmente na saúde pública, onde a relação entre o profissional da saúde médico e a gestante articula desigualdades de gênero, raça e classe social, o desempoderamento da mulher é mais notável. O mais irônico dessa realidade é que a hospitalização do parto não consegue lograr seu objetivo fundamental, qual seja, minimizar os riscos do processo de parturição, porque cria outros riscos para a mulher, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias e iatrogênicas, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo (Caron & Silva, 2002; D'Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002).

O Lugar do 'Risco' na Obstetrícia

Talvez o maior paradoxo da medicina contemporânea seja o conflito entre o discurso da cientificidade e a prática ritualística e baseada na tradição. Apesar de a medicina pós-renascentista ter buscado se associar à ideia do conhecimento científico, a prática médica contemporânea, em larga medida, não está baseada em evidências científicas. Diversas pesquisas indicam que os médicos não estão familiarizados com o conceito de medicina baseada em evidências, e mesmo quando o estão não a aplicam à sua clínica, que funciona com base na "força do hábito" (Wagner, 2001; Villar, Carroli & G'Ulmezoglu, 2001; Davis-Floyd, 2001; Hotimsky & Schraiber, 2005). A piada sobre isso, entre os próprios médicos, é que ao invés de medicina baseada em evidência, pratica-se medicina baseada em "eminência".

Além disso, médicos e pacientes tendem a acreditar que tecnologia é sinônimo de progresso, modernidade e conhecimento científico, e que seu uso indiscriminado não seria danoso, o que contraria as evidências acumuladas até o momento (Villar, Carroli & G'Ulmezoglu, 2001). Para Davis-Floyd (2001), a rápida difusão e aceitação das novas tecnologias tem mais relação com seu valor simbólico do que com sua eficácia.

Com relação ao uso indiscriminado de tecnologia na assistência à gestante, pelo menos duas são bastante emblemáticas: o ultrassom de rotina durante o pré-natal e a monitorização fetal eletrônica[71] contínua durante o trabalho de parto. O ultrassom é uma extensão do olhar do médico para o interior do útero, e se tornou larga e intensamente utilizado durante o pré-natal, no Brasil, prática que não tem nenhum embasamento científico. Entretanto, diversos dos obstetras entrevistados mostraram se ressentir desse exagero, bem como das limitações da técnica e do "técnico" (o médico que opera a máquina e que, nesse lugar, é apenas um técnico), que se relacionam a inúmeros erros de diagnóstico – tais como erro no diagnóstico de redução do líquido amniótico, erro na definição da idade gestacional e identificação de circular de cordão[72] – que resultam em intervenções desnecessárias, mas legitimadas pelo ultrassom.

Da mesma forma, a monitorização fetal eletrônica contínua no trabalho de parto resulta em restrição da movimentação da mulher e em aumento de intervenções desnecessárias, apesar de, em gestações de baixo risco, não impactarem a qualidade da atenção, desde que o BCF seja monitorado por ausculta intermitente, em intervalos de 30 minutos (Brasil, 2001).

Mas não é apenas a tecnologia dos equipamentos que é reificada. Estudantes de medicina associam a ideia de humanização do parto a precariedade e retrocesso. Para eles, é difícil conceber que toda a tecnologia que esteja disponível, tais como ocitocina e analgesia, para todos os partos e todas as mulheres, não seja

---

[71] Controle da frequência dos batimentos cardíacos do bebê durante o trabalho de parto.

[72] Circular de cordão é uma volta que o cordão umbilical faz em torno do pescoço do feto, podendo chegar a até três voltas. A circular de cordão é um evento comum que não justifica, por si só, uma cesárea.

empregada (Hotimsky & Schraiber, 2005). O avanço inexorável da tecnologia e sua incorporação acrítica na assistência nos defrontam com uma oferta que cria a demanda. Entretanto, em termos de assistência médica, é preciso avaliar o quanto a tecnologia pode ser iatrogênica – capaz de produzir resultados negativos na prática médica.

Soma-se a essas questões a prática ou não de educação continuada. Apesar de alguns países terem instituído avaliações periódicas dos médicos para revalidação de suas licenças para clinicar, no Brasil isso não ocorre, e a educação continuada é uma decisão de ordem estritamente pessoal. Em um estudo envolvendo um teste voluntário com os ginecologistas obstetras presentes no 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em 2001, que responderam a um questionário escrito, anônimo e individual com sete perguntas de múltipla escolha sobre condutas obstétricas clínicas baseadas em evidência, a média geral de acerto foi de 49,2%, e as notas tenderam a cair com o aumento do tempo decorrido desde a formatura (Sass *et al.,* 2005).

Com esse preâmbulo tão longo, pretendi contextualizar a ideia do risco na obstetrícia. Nas entrevistas com os profissionais da obstetrícia, médicos e enfermeiras, observa-se um certo consenso em torno da ideia de que o mais frustrante na prática da obstetrícia é o resultado adverso, principalmente o óbito fetal (mais frequente do que o materno), sendo que praticamente todos os profissionais entrevistados já vivenciaram essa situação.

Com relação a situações nas quais o parto pode ser fonte de ansiedade e medo, para o profissional, observa-se uma associação do parto com "adrenalina" ou "uma caixinha de surpresas". Entre as enfermeiras, entretanto, é menos comum o sentimento de medo durante o acompanhamento de um trabalho de parto. Tal diferença pode ser atribuída a fatores da formação profissional – a formação obstétrica da medicina está mais voltada para a patologia, enquanto a da enfermagem está mais voltada para o normal e fisiológico – e da área de atuação – a enfermeira só atende partos de baixo risco, com pouca chance de complicação.

Não se discute o fato de o parto ser um evento imprevisível – quando e como ele ocorrerá é sempre uma questão particular de cada mulher e das suas especificidades culturais, sociais,

econômicas, emocionais e fisiológicas. A questão que se coloca é como a medicina associou de maneira definitiva imprevisibilidade com risco. E, ao tentar controlar a imprevisibilidade com a intervenção excessiva e padronizada, acrescentou riscos novos ao processo do parto. Na formação da enfermagem, por sua vez, a imprevisibilidade é associada com individualidade. O risco não está dado *a priori*, ele será avaliado no decorrer do processo da gestação e do parto, e para cada situação particular de risco, uma intervenção particular será necessária.

O *ethos* profissional se manifesta na prática assistencial e ajuda a compreender essa diferença. Enquanto a perspectiva da medicina obstétrica está no tratar e no patológico, a da enfermagem obstétrica está no cuidar e no fisiológico. E mais, enquanto a expectância, no atendimento obstétrico tecnocrático, está na mulher, no atendimento humanizado ela está no profissional. Assim, o que se observa é que, para os/as médicos/as entrevistados/as, o movimento em direção à humanização do parto é um movimento que os/as afasta não só do que aprenderam na sua formação acadêmica (graduação e residência), mas também da imagem de poder e resolubilidade que o senso comum associa com a medicina e com o médico.

Resultado Adverso e Processos Legais

A medicina contemporânea se ressente dos números cada vez maiores de processos legais por imprudência (falta de cautela, precipitação), negligência (falta de diligência, desleixo) ou imperícia (imperfeição técnica, falta de habilitação) contra o profissional médico. Segundo um representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, 57% dos processos nele registrados são contra obstetras. Uma interpretação possível desses dados é que diminui a tolerância das mulheres e das famílias para com os resultados obstétricos adversos (morte ou sequelas em mães e bebês). Entre os profissionais entrevistados, quando questionados se já haviam sido réus em processos legais por resultado adverso na assistência obstétrica, apenas duas enfermeiras declararam ter sido arroladas em processos por óbito fetal.

Com relação à intolerância ao resultado adverso, é importante ter clareza de que, se a gravidez não é doença, ela

também não é um evento inócuo para a mulher, em termos da sua saúde. Tanto é assim que a OMS considera que há um limite aceitável de mortes maternas e perinatais, consideradas inevitáveis. É lógico que, no Brasil, não se trata de discutir os resultados adversos inevitáveis, porque nossas taxas de morbidade e mortalidade perinatais, tanto da mulher quanto do bebê, estão muito acima do aceitável pela OMS. Mas elas têm diminuído com o tempo, ao passo que os processos médicos têm aumentado.

Nossas observações indicam que o aumento do litígio contra médicos se relaciona tanto com o aumento do uso da tecnologia quanto com a reduzida participação da mulher e/ou da família nas decisões obstétricas. Ora, parece óbvio que, quanto mais se insere tecnologia usada na medicina e mais se acredita nela, menos se toleram as adversidades na assistência à saúde. Por outro lado, quanto mais a mulher se coloca na mão do médico e menos participa das decisões com relação ao seu parto – porque o *ethos* médico o apresenta como aquele que sabe tudo sobre a mulher e o parto – menos ela, ou sua família, tolera o evento adverso: não se perdoa o "erro médico" porque o médico não se apresenta como passível de errar.

Há uma distinção explícita e bastante emblemática entre médicos obstetras que atuam na saúde privada e os que atuam na saúde pública, bem como entre médicos e enfermeiras, com relação à presença do acompanhante, que está na interface com o risco, ou não, do processo legal. Entre médicos da saúde privada, é mais comum o desconforto com o acompanhante, porque ele é um outro que "vê", além do médico, e por isso pode questionar as condutas da assistência:

> *Às vezes o acompanhante pode dar um problema danado para o médico, porque a gente tem que tomar atitudes mais graves, mais sérias, por complicações, que podem causar um transtorno enorme para o acompanhante, uma impressão errada, negativa e profunda.* (Médico obstetra, 58 anos)

> *O medo que eu tenho quando levo uma paciente para a sala de parto, com uma cabeça que não roda, com o anestesista me ajudando a fazer manobra, com um fórceps difícil, com o marido filmando... A responsabilidade é muito grande.* (Médica obstetra, 50 anos)

No polo oposto, entre médicos da saúde pública e enfermeiras, observa-se uma demanda pela presença do acompanhante, tanto por causa do benefício para a gestante quanto por se considerar positivo que aquele que também vê, em lugar de questionar, pode atestar a boa conduta do profissional e a qualidade da assistência prestada:

> *Acho ótimo [o acompanhante]. Primeiro porque deixa a paciente mais tranquila. Segundo, ele presencia tudo que você está fazendo, você não tem que depois, por um motivo ou outro, ir lá e justificar algum procedimento: ele está ali, ele viu como foi, ele presenciou tudo. É mais fácil ele entender como foi se ele está ali presenciando, assistindo. Eu me sinto tranquila com o acompanhante que está ali, vendo tudo que eu estou fazendo.* (Médica obstetra, 37 anos)

> *O acompanhante é importante tanto para um momento positivo (...) e também para quando complica. Anteontem eu falei com a gestante: 'O coraçãozinho do neném não está legal, na hora da contração está caindo muito, se o neném não recuperar, e eu já pedi para chamar a médica, a gente vai ter que fazer uma cesariana'. O acompanhante do lado, vendo que a gente viu a tempo, que a gente interveio a tempo, que a gente fez o que era necessário fazer.* (Enfermeira obstétrica, 27 anos)

> *A gente aprendeu na faculdade e na residência a obstetrícia de um jeito. Cheguei ali [no hospital Sofia Feldman], e era completamente diferente. Primeira coisa, a presença do acompanhante. Como eu passo um fórceps com o marido dela vendo? Hoje eu não passo um fórceps sem um acompanhante olhando. Às vezes ele não quer ver, mas eu mostro para ele a necessidade [do fórceps].* (Médico obstetra, 34 anos)

Uma pergunta necessária é: os processos legais impactam a prática médica? De que maneira? O fato é que o aumento dos processos legais contra médicos parece, com efeito, provocar impactos sobre a assistência à saúde. No caso da obstetrícia, os médicos se protegem do processo legal por meio das práticas que, culturalmente, se associam com a ideia de boa assistência e de redução do risco, ou seja, a cesárea.

Um importante indício dessa correlação entre processo legal e prática de assistência ao parto surgiu da fala dos profissionais da saúde envolvidos com a política de humanização, que percebem que a Justiça, quando julga uma causa em que houve morte ou sequela do bebê e/ou da mãe em um parto normal, tem como primeira pergunta: "Por que não foi feita uma cesariana?". Contudo, o inverso nunca ocorre, ou seja, se uma mãe e/ou um bebê morre na cesárea, não se pergunta por que não foi feito o parto normal. Ao que parece, a lógica que subjaz a essa diferença é a de que uma mulher submetida a uma cesariana teve acesso a toda a tecnologia possível, de forma que o resultado adverso se reveste de uma aura de inevitabilidade.

Também sobre a proposta do "trabalho em equipe" os processos legais criam constrangimentos. A questão colocada pelos médicos é: de quem é a responsabilidade no caso de um resultado adverso, em parto conduzido pela enfermeira obstétrica, no qual ele só é chamado a intervir se houver complicações? Há aqui uma clara contradição entre a exigência do médico de se colocar como chefe da equipe e sua recusa a aceitar o ônus desse lugar. Por outro lado, o trabalho em equipe é uma categoria nova na assistência obstétrica, e por isso ainda precisa de ajustes tanto na divisão de tarefas quanto na imputação de responsabilidades, que está ligada também à autonomia de cada categoria profissional.

Mas o processo legal não é uma questão afeita apenas aos profissionais da saúde. Os hospitais também podem ser considerados corresponsáveis pelo resultado adverso. A apuração da responsabilidade dos hospitais depende da análise concreta dos casos, e aqui há uma enorme diferença entre hospitais públicos e privados. Se o resultado adverso decorreu da atividade de um empregado vinculado ao hospital (como vimos, caso dos hospitais PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS), os hospitais serão responsabilizados solidariamente, ou por culpa *in eligendo* (escolha de um profissional inapto) ou *in vigilando* (falha na supervisão da atividade de seu chefiado). Se o resultado adverso decorreu de atividade típica e direta do hospital (por exemplo, falta de sangue para transfusão ou falha de equipamentos), os hospitais respondem objetivamente pelos serviços inerentes à sua atividade. Por fim, se o resultado adverso decorreu de atividade autônoma e desvinculada de profissional (caso

típico dos hospitais privados), que somente utilizou-se das dependências do estabelecimento, a responsabilidade civil não se estenderá aos hospitais, salvo quando haja concorrido para o dano deficiência do próprio estabelecimento (Skorkowski, 2008).

Nesses termos, as práticas humanizadas são dificultadas ou impedidas pela organização hospitalar, principalmente a privada, se ela entende que há risco de um resultado adverso que implique responsabilização legal da instituição. Um exemplo está em uma importante proposta da política de humanização do parto para que o pré-parto e o parto de risco habitual sejam realizados no mesmo leito (leito PP) e não haja transferência da mulher por diversos leitos durante o trabalho de parto. No caso dos hospitais privados, essa normativa seria muito mais facilmente implementada, pois a organização privada já possui a estrutura física dos quartos individuais, onde normalmente se dá o pré-parto. Entretanto, apesar do espaço físico, as maternidades privadas não cogitam mudar seu modelo de assistência, mesmo quando o obstetra se dispõe a realizar a assistência nesses moldes, por receio de processos legais em casos de resultados adversos:

> *O que significa ter um quarto PP? Se eu precisar fazer uma cesariana de urgência, por parada de progressão, o que eu faço? O juiz vai entender que aquele risco é plausível? Ele vai exigir que o quarto tenha monitoramento, tenha fonte de gás, fonte de vácuo, fonte de oxigênio, foco de luz? Quem vai pagar o PP? Ele vai ter uma diária diferente? Como que eu quantifico? Ninguém sabe!* (Gerente de maternidade COOPERATIVA)

O fato é que quanto mais o hospital privado defender e adotar, institucionalmente, uma política de humanização do parto, maior o risco de a organização ser considerada corresponsável em algum resultado adverso da assistência, e mais fortemente resistirá às mudanças. No caso dos hospitais públicos, onde os profissionais são empregados da organização, a responsabilização solidária em resultado adverso já está dada. No caso dos hospitais privados, onde a quase totalidade dos procedimentos obstétricos é realizada por médicos que utilizam o hospital apenas como hotelaria, quanto menos participação o hospital tiver sobre o modelo de assistência oferecido, menor a possibilidade de a organização ser responsabilizada solidariamente.

Por fim, não se pode ignorar outro fator que diminui a tolerância para com o resultado adverso na obstetrícia, tanto entre as mulheres quanto entre os profissionais: a mudança do perfil reprodutivo da mulher, que vem tanto reduzindo o seu número de filhos quanto retardando o início da sua vida reprodutiva. Quanto mais tarde uma mulher inicia sua vida reprodutiva e quanto menos filhos ela deseja ter, mais valor a gestação ganha, tanto como processo quanto em termos do seu resultado:

> *É o tempo todo mulher de 34, 35 anos, dizendo 'Ah, não, depois eu engravido'. Elas querem ir para a Europa primeiro, fazer tudo primeiro (...) Então, é tudo tão programado que ela não pode conseguir ficar grávida aos 36 anos e ter um evento adverso. Diferente de alguém que começa aos 20, 25 anos. (...) No pré-natal de uma menina de 20 anos, ela não tem nem dúvida. Com uma mulher de 40, é mais difícil.* (Médica obstetra, 50 anos)

> *A gestação está cada vez mais valorizada, porque cada vez mais você tem menos filhos. Então, você imagina ter problema nessa família que vai ter um único filho?* (Gerente de maternidade FILANTRÓPICA)

Em termos de assistência, essa mudança no perfil reprodutivo parece impelir a gestante a se submeter à tecnologia (incluindo exames de medicina fetal, invasivos e caros) como garantia de sucesso da gestação e do parto. Mas, na assistência em saúde, nenhum resultado pode ser garantido ao paciente. A própria doutrina jurídica brasileira reconhece que o médico, no exercício de sua profissão, seja no diagnóstico ou no tratamento, assume, em regra, obrigação de meios, e não de fins.[73] Ou seja, em sua atuação profissional, o médico deve sempre observar meios cientificamente aceitos, demonstrados e comprovados, bem como condições de cautela e cuidado, na assistência ao paciente. Não é possível garantir que não haverá resultado adverso, mas é fundamental garantir que a assistência seja ética e baseada em evidências científicas.

---

[73] Comunicação pessoal da desembargadora Cláudia Regina Guedes Maia.

Conclusão

Os Dilemas da Implementação

Nunca é demais lembrar que parir e nascer não são processos "naturais" nem meramente fisiológicos. Não pretendi aqui recuperar, ou enaltecer, alguma pretensa identidade ou habilidade feminina primitiva ou primordial. O modelo de assistência ao parto, ao contrário, se presta a nos esclarecer sobre questões de ordem política, cultural, histórica, institucional e organizacional. No caso específico do embate entre modelo tecnocrático e modelo humanizado de assistência ao parto, procurei identificar os constrangimentos organizacionais e profissionais à mudança do modelo, bem como as estratégias do poder público municipal para implementar suas políticas.

Antes de discutir os constrangimentos à implementação das políticas de humanização do parto, é importante destacar que, no Brasil, a consolidação de um sistema de saúde público-privado tanto resulta de uma dualidade de financiamento quanto cria uma dualidade na assistência, sendo a forma de parir uma delas. Se a medicalização do parto é uma realidade para quase todas as mulheres brasileiras, mulheres de diferentes classes sociais foram submetidas a diferentes formas de medicalização. Em uma situação que não encontra paralelo no mundo, a saúde privada no Brasil realiza 80% dos seus partos via cesárea. Na saúde pública, mesmo que prevaleçam partos vaginais, a prática assistencial é

excessivamente ritualística, intervencionista e não baseada em evidências científicas. Em suma, falar de assistência ao parto no Brasil é falar, também, de desigualdade social. Entretanto, em ambos os polos desse espectro social, em geral as mulheres brasileiras estão submetidas a uma assistência obstétrica de baixa qualidade quando consideramos as recomendações estabelecidas pela OMS. E mais, o que se vem observando na assistência ao parto no Brasil é que, paradoxalmente, as gestantes de baixo risco são submetidas a intervenções desnecessárias, enquanto as de alto risco não recebem os cuidados adequados (Oliveira *et al.*, 2008).

Considerando os constrangimentos à implementação das políticas de humanização do parto advindos da organização hospitalar, é preciso lembrar que a organização hospitalar foi fundamental para forjar a relação de submissão do paciente ao médico (Waddington, 1973). Nos hospitais europeus do século XVIII, quando recorriam às suas dependências pessoas doentes e pobres, foi possível aos médicos empregar métodos diagnósticos e de tratamento experimentais, invasivos e abusivos, principalmente na ginecologia e obstetrícia. Waddington (1973) relata diversos casos ilustrativos, entre eles o do médico americano J. Marion Sins, que em 1849 realizou, com sucesso, a primeira cirurgia de fístula vesicovaginal: todas as suas operações experimentais anteriores haviam sido realizadas em mulheres negras. Resquícios dessa prática fazem eco nos dias atuais:

> *Parto tem que aprender em manequim, em tamanho natural, (...) onde [o aluno] vai examinar, vai fazer um parto, vai diagnosticar a distocia, aí ele vai aplicar na mulher. Só na obstetrícia é que nós aprendemos na prática. Alguém treina apendicite, treina neurocirurgia nos outros? Não. O cara da oftalmologia vai treinar operar o olho em animal e cadáver, e depois que vai operar ser humano. Parto não, nós treinamos na mulher.* (Gerente de maternidade PÚBLICA)

É lógico que aqui se trata principalmente de mulheres de classes populares, pois, conforme visto anteriormente, apenas os hospitais públicos mantêm residências médicas em ginecologia e obstetrícia credenciadas pelo MEC.

Atualmente, o avanço tecnológico de equipamentos de diagnóstico e tratamento, o aumento da complexidade, do porte e

dos custos da assistência hospitalar e a administração gerencial racional são novos fatores a redefinir um hospital e a aumentar sua importância no mercado da saúde, forjando outra submissão: a do paciente à alta tecnologia. Observa-se que o hospital moderno caminha no sentido da reificação da tecnologia, tornando-se quase anacrônica a discussão sobre uma assistência hospitalar que pretenda passar ao largo da tecnocracia. Quanto mais uma organização se insere na lógica do complexo médico-industrial, menor sua disposição para adotar práticas assistenciais que prescindam da tecnologia dura, baseada em equipamentos.

A incorporação maciça de tecnologia dura pela organização hospitalar também cumpre o papel de reduzir a importância do ganho da organização com o trabalho médico e de aumentar o seu ganho com produtos que independem cada vez mais desse trabalho. O hospital se torna, financeiramente, mais independente tanto do trabalho da clínica médica quanto da autonomia e da discricionariedade do médico. É importante lembrar, também, que não é só a organização que muda com a tecnologia. O impacto da incorporação maciça da tecnologia na prática médica tem sido tema recorrente na discussão sobre o *ethos* médico. Para Campos (1999), a formação eminentemente hospitalar e focada na especialização do médico no Brasil resulta na valorização de uma clínica centrada em "procedimentos tecnológicos", e não na relação médico-paciente. Além disso, segundo Schraiber (1995: 57), a tecnologia significou, para o médico, a superação da prática de pequeno produtor privado, liberal e isolado do consultório particular, para se reestruturar em um conjunto de instituições heterogêneas e de práticas desiguais: a "medicina tecnológica".

O modelo tecnocrático e hospitalar de assistência ao parto embasa uma prática institucionalizada que, por sua vez, legitima outras instituições: os hospitais, a medicina, a tecnologia dura, a imagem iluminista da mulher. A tomada de decisão das organizações hospitalares, consideradas as normativas governamentais de mudança para o modelo humanizado, é bastante complexa e envolve tanto normas, valores e regras de natureza simbólica quanto interesses, experiência prática e nível de satisfação dos profissionais e das pacientes. O que se observa é que o argumento clínico e ético que sustenta a elaboração da

política – qual seja, o de que a prática humanizada de assistência ao parto melhora os resultados perinatais – não é adequado nem suficiente para convencer a organização hospitalar. Comprometido com outros valores como o ganho financeiro, a reificação da tecnologia dura etc., o hospital, mesmo que tenha condições facilitadoras da política de humanização, como estrutura física e recursos humanos disponíveis, pode não realizar a mudança no modelo de assistência ao parto.

Na análise das quatro práticas assistenciais mais emblemáticas na humanização do parto, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Brasil, 2005a) – inserção da doula, permissão de acompanhante de livre escolha da mulher, uso de métodos alternativos de alívio da dor e realização de parto sem complicações por enfermeiras obstétricas –, foi possível atestar quão precária ainda é a situação da implantação desta política nos grandes hospitais de Belo Horizonte. Das quatro práticas verificadas, os hospitais PRIVADOS SEM SUS e a COOPERATIVA só permitem que ocorra a presença do acompanhante no parto, assim mesmo mediante a anuência do médico, e entre os hospitais PÚBLICOS e os FILANTRÓPICOS não se observa uma padronização das práticas, há casos mais "humanizados" do que outros. Obviamente, o fato de o hospital implementar algumas ações previstas na política não significa que se estará "humanizando" a assistência ao parto em sua concepção mais ampla e simbólica, visto que uma parcela das transformações seria de ordem relacional, com o profissional da saúde, qualquer que seja ele, trabalhando orientado por um marco ético diferente (Dias & Deslandes, 2006).

Apesar de a categoria "hospital" não se referir a um grupo homogêneo, podemos observar que a vinculação do hospital ao SUS – desde que os gestores do sistema se disponham a atuar na regulação – é um fator com alguma força para contrapor os constrangimentos organizacionais na implantação das políticas de humanização do parto. Entretanto, foi possível comprovar que diferentes organizações reagem de diferentes maneiras às políticas de humanização do parto. Mesmo que a relação da organização com o SUS seja importante nessa diferenciação, ela não é absoluta, e aspectos da identidade organizacional devem ser considerados. Os hospitais privados criados especialmente para serem locais de

trabalho de médicos resistem muito mais fortemente à política, porque – entre outros motivos gerenciais ou administrativos periféricos – resistem tanto à inserção da enfermeira obstétrica quanto à mudança da imagem do médico obstetra e da medicina tecnocrática forjada pela modernidade. Por outro lado, os hospitais-empresas exclusivamente privados se pautam mais por orientações e determinações da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que não considera índice de cesárea nos seus critérios de acreditação, e entendem as normativas do Ministério da Saúde como destinadas apenas ao SUS. Também os hospitais-empresas investem mais pesadamente na tecnologia, tanto para aumentar seu valor simbólico em um mercado altamente competitivo quanto para diminuir a importância do trabalho médico para a lucratividade da organização. As organizações públicas, apesar de sua subordinação às normativas do Ministério da Saúde, têm identidades, estruturas físicas e recursos humanos bastante diferenciados, o que interfere em graus diferentes sobre a implementação da política. Já os hospitais privados sem fins lucrativos se colocam em uma situação intermediária: ao mesmo tempo que se pautam pelas normativas governamentais, estão em uma situação administrativa que garante maior flexibilidade e menos burocracia gerencial.

Contudo, os atores organizacionais que manifestaram maior proximidade com as políticas de humanização do parto o fizeram apesar delas, e não por causa delas. Em Belo Horizonte, o hospital que apresentou maior incorporação de práticas humanizadas na sua assistência já o fazia antes de qualquer normativa federal ou municipal. A política legitimou uma modalidade de assistência que já era desenvolvida pela organização.

Outro ponto de constrangimentos à implementação das políticas de humanização do parto se localiza na atuação dos profissionais que praticam a obstetrícia. Atualmente, a obstetrícia tem se colocado como especialidade legítima de diferentes profissões, medicina e enfermagem, com diferentes concepções de assistência, de tratamento e de cuidado, e com diferentes posições em relação à gestante e ao parto, de condução ativa e de expectância. Além disso, ao mesmo tempo que a obstetrícia perde valor dentro da medicina, ela surge como alternativa para fortalecer o exercício autônomo da enfermagem. Para a medicina,

a obstetrícia perde valor e *status* por diversos motivos: a hipertrofia da ginecologia, a redução do mercado de trabalho em função da queda da fecundidade, a percepção de que é uma especialidade penosa, na qual o médico é quase prisioneiro da mulher e da imprevisibilidade de sua fisiologia, e o medo do processo legal. Por outro lado, a enfermagem, vista muitas vezes como uma atividade burocrática e submetida ao médico, tem na obstetrícia, que recoloca a enfermeira em uma situação de autonomia e de assistência direta à paciente, a oportunidade de reverter esse quadro.

Mas a prática da obstetrícia não apenas distancia medicina de enfermagem, ela também aproxima estas duas profissões quando há uma proposta de atendimento em equipe e de superação das hierarquias. Por mais complicado que seja definir o papel de cada integrante de uma equipe, o ponto principal aqui é evitar a ação individualizada em um único profissional. Para o modelo de assistência humanizado é imprescindível a cooperação entre diversos profissionais. A prática solitária da obstetrícia inviabiliza tanto a ação de médicos quanto de enfermeiras, por motivos diferentes. Na assistência do médico obstetra, quanto mais solitário o profissional estiver, mais intervencionista ele será, não apenas realizando cesarianas com hora marcada – que é uma das formas se de controlar a imprevisibilidade do parto e permitir ao médico um mínimo de controle sobre os outros aspectos da sua vida –, mas também conduzindo ativamente o trabalho de parto, com o objetivo de reduzir o tempo despendido naquele procedimento. Na assistência da enfermeira obstétrica, a atuação solitária se inviabiliza por conta do risco que existe, apesar de pequeno, de complicação em partos normais, e que demanda uma atuação da medicina *stricto sensu*.

Neste ponto, observa-se que um excesso de autonomia por parte do obstetra, seja médico ou enfermeira, pode comprometer a autonomia da mulher. Talvez por isso essa autonomia ainda esteja mais preservada na relação da mulher com a enfermagem, uma profissão que não atingiu o mesmo nível de autonomia que a medicina. A perda da autonomia liberal está no cerne da maior parte das discussões sobre a mudança contemporânea no trabalho e no *ethos* médico (Machado, 1996). Tal discussão está eivada por duas premissas equivocadas: a idealização da autonomia liberal

como pressuposto da boa assistência e o não reconhecimento de que não existe autonomia plena. Com relação à autonomia e à assistência à saúde, seria mais produtivo perguntar a quais constrangimentos é legítimo se submeter. Além disso, autonomia não é sinônimo nem prerrogativa da boa assistência. O ato médico "tornou-se progressivamente caro, invasivo e ineficaz" (Ribeiro, 1993: 7), e em diversas circunstâncias expropriou o sujeito de direitos. Este ponto é particularmente importante na discussão sobre o modelo tecnocrático de assistência ao parto, no qual os médicos tendem a reproduzir, de maneira acrítica, práticas assistenciais ritualísticas e não baseadas em evidência científica, mas consubstanciadas pelo discurso da autonomia do profissional – tal como é o caso da limitação à presença do acompanhante ou de seu condicionamento à anuência do médico.

Pode-se entender o aumento dos processos legais contra médicos também como uma forma de enfrentar a autonomia irrestrita da medicina. O processo legal, ao instalar a dúvida sobre a qualidade da assistência médica, é uma forma de pedir ao médico que submeta à avaliação de outrem as decisões assistenciais que tomou no exercício autônomo de sua profissão. É o juiz, então, quem dirime a dúvida acerca da qualidade da assistência prestada. Obviamente que quanto mais crescer a autonomia das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, maiores serão os riscos a que estarão submetidas de serem réus em processos legais por resultado adverso na assistência.

Mediando a implantação da política de humanização do parto e buscando superar os inúmeros constrangimentos organizacionais e profissionais à sua implementação, a Prefeitura de Belo Horizonte tem uma experiência ímpar no cenário nacional: a Comissão Perinatal, uma instância do poder público que atua para melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher e à criança, no período perinatal, e para implementar as políticas de humanização do parto. As dificuldades na implementação de políticas públicas não se resumem a problemas de ordem administrativa ou técnica, mas se relacionam com a continuação do jogo político, mesmo após a elaboração de uma política. De fato, uma importante estratégia da comissão se relaciona com a compreensão desse aspecto da implementação, ou seja, além de

sua ação de controle e de regulação, a comissão trouxe – deliberadamente, ao que parece, de acordo com as análises apresentadas no capítulo 4 sobre o incremento numérico e institucional de seus integrantes –, o jogo político em torno da implementação da política de humanização do parto para a sua esfera de ação. Nas reuniões da comissão, as disputas que constrangem a mudança são colocadas publicamente, por um grupo heterogêneo e representativo, se não de todos, pelo menos de muitos dos interesses envolvidos na política de assistência ao parto. Neste aspecto, não é possível desconsiderar a habilidade pessoal da coordenadora da comissão em acolher os interesses diversos e os conflitos emergentes, orientando a ação governamental em uma perspectiva de agregar, e não de tensionar, as diferenças. É a proposta da democracia em plena ação: o enfrentamento público do conflito com o objetivo de se alcançar o consenso possível.

Ao que parece, os mecanismos de mudança (inovação) e de permanência (tradição) deflagrados quando da implementação de políticas púbicas são diferentes: a permanência está na estrutura e é função das instituições, enquanto a mudança está na agência e depende dos atores individuais ou coletivos. No caso da política de humanização do parto, por mais que haja argumentos racionais para a mudança do modelo tecnocrático para o humanizado, sua efetivação está constrangida por aspectos e interesses institucionais diversos.

É intrigante observar a manutenção de um discurso médico acerca do parto como um evento perigosamente imprevisível, apesar dos avanços da obstetrícia (ou seria por causa deles?). O modelo tecnocrático de assistência ao parto alimenta o medo, tanto das mulheres quanto dos médicos, do parto e do nascimento. Ele não é libertador no sentido de conferir uma imagem positiva e poderosa ao parto.

Ironicamente, a obstetrícia que hoje se pratica no Brasil parece pouco ter mudado em relação àquela obstetrícia nascente do século XVIII, que ansiava superar os riscos reais, e não imaginários, da parturição. A medicina, ao tentar desvendar os enigmas das patologias do parto, acabou por transformar todo parto em patológico e por retirar dessa vivência o seu potencial de prazer e satisfação.

Referências

AGÊNCIA Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Parto normal: movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar, dez. 2007. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/carta_parto_normal.pdf, consulta em: 9 nov. 2010

AIRES, M. J. *Técnica e Tecnologia do Parto: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais*, 2006. Dissertação de Mestrado, Curitiba: Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

ALMEIDA, T. Especialização na moderna organização hospitalar. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944.

ALTHABE, F. *et al*. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*, 33(4): 270-276, 2006.

ALVES, J. E. D. Direito reprodutivo: o filho caçula dos Direitos Humanos. 2004. Disponível em: www.ie.ufrj.br/aparte/usuarios/colunista.php?apelido=JEUSTAQUIO. Acesso em: 30 jan. 2007.

ANDRADE, M. V. & MAIA, A. C. Demanda por planos de saúde no Brasil. *In*: ENCONTRO NACIONAL DA ANPEC, 34, 2006, Salvador.

ANDREAZZI, M. F. S. *Formas de Remuneração de Serviços de Saúde*. Brasília: Ipea, 2003. (Texto para discussão, 1.006)

ANGULO-TUESTA, A. *et al*. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5): 1.425-1.436, 2003.

BARBOSA, G. P. *et al*. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6): 1.611-1.620, 2003.

BARROS, M. E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. *In*: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. Brasília: Opas, 2003.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: Ipea, 1996. (Texto para Discussão, 401)

BELL, S. Institutionalism: old and new. *In*: BELL, S. Institutionalism, in government, politics, power and policy in Australia, 2002. Disponível em: http://eprint.uq.edu.au/archive/00002108/01/Institutionalism.pdf. Acesso em: 20 set. 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 014 de 03 maio 1996. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 03 maio 1996.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 07 de 18 abr. 1997. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 18 abr. 1997.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 014 de 01 mar. 1999. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 01 mar. 1999.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal. Proposta global de melhoria da qualidade da assistência materna, peri e neonatal no município de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 1999. (Mimeo.)

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal. Relatório da Comissão Perinatal 1999-2000. Belo Horizonte, 2000. (Mimeo.).

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 010 de 12 abr. 2002. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 12 abr. 2002a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 019 de 14 jun. 2002. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 14 jun. 2002b.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 022 de 09 jul. 2002. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 09 jul. 2002c.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 027 de 12 jul. 2004. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 12 jul. 2004.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008*. Belo Horizonte: PBH, 2005.

BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Ática, 1999.

BESIO, M. Cesárea *versus* parto vaginal: una perspectiva ética. *Revista Médica de Chile*, 127(9): 1.121-1.125, 1999.

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONELLI, M. G. & DONATONI, S. Os estudos sobre profissões nas ciências sociais brasileiras. *BIB*, 41: 109-142, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067 de 6 jul. 2005. *Diário Oficial da União,* Brasília, n. 128, 06 jul. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.613 de 9 set. 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 175, 12 out. 2005b.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2): 135-149, 1991.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. Â. & OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5): 1.316-1.327, 2005.

CALVO, M. C. M. *Hospitais Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998*, 2002. Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1): 187-193, 1999.

CANIELLO, M. O ethos sanjoanense: tradição e mudança em uma 'cidade pequena'. *Mana*, 9(1): 31-56, 2003.

CARON, O. A. F. & SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4): 485-492, 2002.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 879-892, 2007.

CASTIEL, L. D. & PÓVOA, E. Dr. Sackett & 'Mr. Sacketeer'... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1): 205-214, 2001.

CASTILHO, C. O Sistema Único de Saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. *In*: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *A Presença da Mulher no Controle Social das Políticas de Saúde*. Belo Horizonte: Mazza, 2003.

CASTRO, J. C. *Parto Humanizado na Percepção de Profissionais de Saúde Envolvidos com a Assistência ao Parto*, 2003. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

CHACHAM, A. S. *A Medicalização do Corpo Feminino e a Incidência do Parto Cesáreo em Belo Horizonte*, 1999. Tese de Doutorado, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

CHACHAM, A. S. & PERPÉTUO, I. H. O. Determinantes socioeconômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Abep, 1996. v. 4.

COELHO, E. C. *As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO MATERNO. *Comitê de Prevenção da Morte Materna de Belo Horizonte: uma questão social*. Belo Horizonte: PBH, 2004.

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade: deslocando o debate da margem para o centro. *Jornal da Rede Saúde*, 24: 30-34, 2001.

COSTA, J. F. O referente da identidade homossexual. *In*: PARKER, R. & BARBOSA, R. M. (Orgs.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Abia/IMS/Uerj, 1996.

COSTA, J. O. *et al.* Avaliação dos Recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, 38(5): 701-708, 2004.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e* Política, 18: 49-71, 2002.

DAVIM, R. M. B. & BEZERRA, L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5): 727-732, 2002.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75: S5-S23, 2001.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. *In*: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DEUBEL, A.-N. R. La implementación de las decisiones. *In*: DEUBEL, A.-N. R. *Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora, 2002.

DIAS, C. G. N. *et al*. Características da assistência ao parto na cidade do Salvador (Bahia), Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 6(2): 147-155, 1972.

DIAS, M. A. B. & DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12): 2.647-2.655, 2006.

DIAS, M. A. S. & PERILLO, R. D. Mortalidade materna: importância e estratégias de intervenção. *Revista Eletrônica Mensal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte*, maio 2002. Disponível em: www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/maio2002/mortalidadematerna.html. Acesso em: 04 dez. 2006.

DINIZ, S. G. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta. *In*: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. *Saúde das Mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000. Disponível em: www.mulheres.org.br/documentos/saude_das_mulheres.pdf. Acesso em: 20 dez. 2006.

DINIZ, S. G. *Entre a Técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, 2001. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

DINIZ, S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 627-637, 2005.

DINIZ, S. G. & DUARTE, A. C. *Parto Normal ou Cesárea? O que toda a mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: Editora Unesp, 2004.

DOMINGUES, R. M. S. M. *Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz*, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G. & SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359: 1.681-1.685, 2002.

D'ORSI, E. *et al*. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 39(4): 646-654, 2005.

D'ORSI, E. *et al.* Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10): 2.067-2.078, 2006.

FABRI, R. H. *et al.* Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(1): 29-35, 2002.

FARIAS, L. O. & MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 585-598, 2003.

FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2): 150-173, 1991.

FAÚNDES, A. *et al*. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública*, 38(4): 488-494, 2004.

FERREIRA, R. A. *et al*. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(3): 224-231, 2000.

FIGUEIREDO, L. F. Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 841-843, 2007.

FONSECA, T. M. G. De mulher e enfermeira: conjugando trabalho e gênero. *In*: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. & WALDOW, V. R. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GEERTZ, C. 'Ethos', visão do mundo e a análise dos símbolos sagrados. *In*: GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GONÇALVES, E. L. Equipamento hospitalar no Brasil – presença, regionalização e tendências. *Revista de Saúde Pública*, 11(1): 143-150, 1977.

GOVERNO e sociedade juntos no combate à mortalidade materna e de recém-nascidos. *Jornal do CNS*, 2(9), maio/jun. 2006.

HALL, P. & TAYLOR, R. As três versões do novo institucionalismo. *Lua Nova*, 58: 193-223, 2003.

HOTIMSKY, S. N. & SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 639-649, 2005.

HOTIMSKY, S. N. *et al*. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5): 1.303-1.311, 2002.

IMMERGUT, E. The Theoretical core of the new institutionalism. *Politics & Society,* 26(1): 5-34, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

JEPPERSON, R. Institutions, institutional effects, and institutionalism. *In*: POWELL, W. & DIMAGGIO, P. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

LANSKY, S. BH Viva Criança: acelerando a redução da mortalidade infantil. *Saúde Digital*, n. 10, 2002. Disponível em: www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/outubro2002/bhvivacrianca.html. Acesso em: 7 abr. 2006.

LANSKY, S. Apresentação do trabalho da Comissão Perinatal de Belo Horizonte. *Musa – Mulher e Saúde*, 2, 2003. Cadernos do Musa. Por uma maternidade segura e prazerosa: políticas de assistência obstétrica e mortalidade materna.

LANSKY, S. A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da Comissão Perinatal. Belo Horizonte, 2006. (Mimeo.)

LANSKY, S. *et al*. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1): 117-130, 2006.

LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, M. C. & VIACAVA, F. Maternidades do Brasil. *Radis - Comunicação em Saúde*, 2: 8-26, 2002.

LEAL, M. C. *et al*. Avaliação da demanda por cesariana e adequação de sua indicação em unidades de saúde suplementar do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007. (Mimeo.)

LEÃO, M. R. C. *Tendo uma Pessoa do Lado, a Gente Fica Muito Mais Forte... a Dor até Diminui: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por 'doulas'*, 2000. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

LEÃO, M. R. C. A evolução das políticas de assistência e a inserção da/o enfermeira/o obstétrica/o. *Musa – Mulher e Saúde*, 2, 2003. Cadernos do Musa. Por uma maternidade segura e prazerosa: políticas de assistência obstétrica e mortalidade materna.

LEÃO, M. R. C. & BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(3): 90-94, 2001.

LOPES, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. *In*: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. & WALDOW, V. R. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOPES, M. J. M. & LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, 24: 105-125, 2005.

MACDORMAN, M. *et al*. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with 'no indicated risk,' United States, 1998–2001. Birth Cohorts. *Birth*, 33(3): 175-182, 2006.

MACHADO, M. H. *Os Médicos e sua Prática Profissional: as metamorfoses de uma profissão*, 1996. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Universidade Candido Mendes.

MACHADO, S. P. & KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 871-877, 2007.

MAIA, M. B. & CHACHAM, A. S. Grupo de planejamento familiar dos centros de saúde do município de Belo Horizonte: proposta da avaliação da qualidade do serviço ofertado na Rede. *Revista de APS*, 5(2): 118-127, 2002.

MALTA, D. C. *Saúde Suplementar e Modelos Assistenciais: trabalhos técnicos*. Brasília: Fórum de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_14_DCarvalhoMalta_ModelosAssistenciais.pdf. Acesso em: 18 out. 2006.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V. & DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery*, 11(2): 331-336, 2007.

MARINHO, A. *Evidências e Modelos sobre a Coexistência de Hospitais com Fins Lucrativos e Hospitais sem Fins Lucrativos no Sistema Único de Saúde Brasileiro*. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. (Texto para discussão, 1.041)

MARINHO, A.; MORENO, A. B. & CAVALINI, L. T. *Avaliação Descritiva da Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para discussão, 848)

MARQUES, R. C. *A Imagem Social do Médico de Senhoras no Século XX*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MARTIN, E. *A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, A. P. V. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, 13(3): 645-665, 2005.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MENY, I. & THOENIG, J.-C. La implementación. *In*: MENY, I. & THOENIG, J.-C. *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel, 1992.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MERHY, E. E. & QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(2): 177-184, 1993.

NASCIMENTO, L. F. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3(2): 187-194, 2003.

NÉRI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, supl.: 77-87, 2002.

NEUMANN, N. A. *et al*. Qualidade e eqüidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(4): 307-318, 2003.

NULAND, S. *A Peste dos Médicos: germes, febre pós-parto e a estranha história de Ignác Semmelweis*. São Paulo: Cia das Letras, 2005.

OLIVEIRA, M. I. C. *et al*. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, 42(5): 895-902, 2008.

OLIVEIRA, R. C. Gerência de regulação. *Revista Eletrônica Mensal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte*, mar. 2003. Disponível em: www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/marco2003/regulacao.html. Acesso em: 28 ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genebra: World Health Organization, 1997.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, supl. 1: S25-S32, 1998.

PAISM: Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, 1984. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 28, 2006. (Encarte especial)

PBH INFORMA. Belo Horizonte, Prefeitura de Belo Horizonte, n. 1.022, 23 mar. 2001. Disponível em: http://bhz5.pbh.gov.br/bhnotici.nsf/7adff3828f5dd0b30325659800501 0c7/c708488c9f2ac98403256a17007ca953?OpenDocument. Acesso em: 05 ago. 2007.

PEREIRA, C. A política pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados*, 39(3): 423-447, 1996.

PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M. S. & NORONHA, V. Consumo de medicamentos no período de internação para o parto. *Revista de Saúde Pública*, 39(3): 358-365, 2005.

PERPÉTUO, I. H. O.; BESSA, G. H. & FONSECA, M. C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, 1998, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Abep, 1998.

PORTELA, M. *et al*. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(6): 811-818, 2004.

PORTO, D. Programa Comissão Perinatal de Belo Horizonte. *In*: LOTTA, G. S. *et al*. (Orgs.). *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2003.

POTTER, J. E. *et al*. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *British Medical Journal*, 323(17): 1.155-1.158, 2001.

PRATES, A. A. Organização e instituição no novo institucionalismo. *Teoria & Sociedade*, 5: 123-146, 2000.

RAIMUNDINI, S. L. *et al*. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. *In*: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 2003, Atibaia.

REDESAÚDE. *Fórum da Maternidade – atenção à saúde da mulher em BH: uma proposta de monitoramento social e ético*. Belo Horizonte: Regional Minas Gerais da RedeSaúde, 1999.

REED, M. Teoria organizacional: um campo historicamente contestado. *In*: CLEGG, S.; HARDY, C. & NORD, W. *Handbook de Estudos Organizacionais*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

RIBEIRO, E. V. *A Questão da Intersubjetividade no Pensamento Ético-Filosófico de H. C. de Lima Vaz*, 2003. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

RIBEIRO, J. M. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses dos médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1): 5-20, 1993.

RIESCO, M. L. G. & TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Estudos Feministas*, 10(2): 449-459, 2002.

ROCHA, J. S. Y.; ORTIZ, P. C. & FUNG, Y. T. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(4): 457-466, 1985.

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SANTOS, A. A. F. & ARAÚJO, M. J. O. Balanço de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 28: 27-29, 2006.

SANTOS, F. P. *A Regulação Pública da Saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar*, 2006. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

SASS, N. *et al*. Continuing medical education in Brazil: what about obstetricians and gynecologists? *São Paulo Medical Journal*, 123(1): 5-10, 2005.

SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1): 57-64, 1995.

SERRUYA, S. J. *A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil*, 2003. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G. & CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 4(3): 269-279, 2004.

SKORKOWSKI, A. Responsabilidade civil: médicos, hospitais/clínicas e planos de saúde. Disponível em: http://www.medicinaeresponsabilidade.com. Acesso em: 20 fev. 2008.

SODRÉ, T. M. & LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1): 82-89, 2007.

SOGIMIG vence processo contra Unimed-BH em primeira instância, 03 dez. 2007. Disponível em:www.sogimig.org.br/defesa/integra.php?id=23. Acesso em: 17 dez. 2007.

SUBIRATS, J. La puesta em pratica de las políticas públicas. *In*: SUBIRATS, J. *Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas, 1994.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2): 180-185, 2007.

TEDESCO, R. P. *et al*. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(10): 791-798, 2004.

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. *Lua Nova*, 58: 225-254, 2003.

TOLBERT, P. & ZUCKER, L. A institucionalização da teoria institucional. *In*: CLEGG, S.; HARDY, C. & NORD, W. *Handbook de Estudos Organizacionais*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, supl. 2: S419-S427, 2003.

TORNQUIST, C. S. *Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*, 2004. Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

VECINA NETO, G. & MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 825-839, 2007.

VIEGAS, M. A saúde em Belo Horizonte. *In*: CEDEPLAR. Projeto Belo Horizonte no século XXI. *Relatório Final*. Belo Horizonte: Cedeplar, 2004.

VILLA, T. C. S. *et al.* A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5): 121-126, 1999.

VILLAR, J.; CARROLI, G. & G'ULMEZOGLU, A. M. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75: S47-S54, 2001.

VILLAR, J. *et al*. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 who global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 367: 1.819-1.829, 2006.

WADDINGTON, I. The role of the hospital in the development of modern medicine: a sociological analysis. *Sociology*, 7: 211-224, 1973.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75: S25-S37, 2001.

YAZLLE, M. E. H. D. *et al.* Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Revista de Saúde Pública*, 35(2): 202-206, 2001.

Anexo 1
Relato de parto... Relato de vida!

Por Carolina Ratton, de 31 anos, psicóloga com pós-graduação, após o nascimento de sua primeira filha, em setembro de 2007. Os nomes de parentes e profissionais foram suprimidos ou substituídos por nomes fictícios.

Em 2005, comecei a me interessar por assuntos relacionados a gravidez, parto e filhos. Lia tudo o que via pela frente, me inscrevi em listas de discussão na Internet e pesquisei muito para ter uma ideia mais profunda e crítica sobre esses assuntos, especialmente sobre a gravidez e o parto em si. Por influência da minha tia-mãe, que me pegou no colo ao nascer e me entregou para minha mãe, tive curiosidade em pesquisar e entender mais sobre o parto. Participei com ela de um congresso de humanização do nascimento e, de lá pra cá, depois de ler e trabalhar muito, conversar com pessoas da área, fazer cursos e ouvir experiências relacionadas ao tema, me tornei uma ativista e defensora do parto normal e natural, por entender que o parto é um processo fisiológico e que nós, mulheres, somos exclusivamente capazes e perfeitas para vivê-lo da forma mais saudável e normal possível.

(...)

Engravidamos no final de dezembro, provavelmente no Ano Novo, e ficamos sabendo em 26 de janeiro de 2007, depois de três exames de farmácia (dois negativos) e um de sangue 'hiperpositivo'! Foi uma alegria extasiante!!! Imediatamente fomos à casa dos meus pais e da minha sogra pra contar pessoalmente! Toda a família ficou muito feliz!

Preparação para o parto

Passamos os nove meses curtindo muito a gravidez e preparando a chegada da nossa 'pequenina'. Afora um herpes-zoster facial no início da gravidez, azia e pequenas dores na coluna e virilha no final, tudo correu maravilhosamente bem. Fiz hidroginástica e fisioterapia para gestantes do terceiro ao nono mês, e ioga com meu marido do quarto ao oitavo mês. Lemos muito. Meu marido, que antes era muito receoso com partos e especialmente com parto normal, se tornou também um ativista do parto normal e natural junto comigo.

Um aspecto que considero fundamental foi a busca por um obstetra em quem pudéssemos confiar e acreditar que só faria uma cesárea se fosse absolutamente necessário e também que fosse adepto da humanização e do mínimo de intervenções e procedimentos médicos. Isso porque a minha médica e amiga de muitos anos me disse que não tinha experiência com esse tipo de parto e que essa "não era a sua praia". Ela era favorável ao parto normal, mas com todas as intervenções de rotina. Além de me dizer que esperaria até no máximo 38 semanas de gestação, porque além disso ficaria arriscado para o bebê. Na conversa que tive com ela sobre alguns procedimentos e intervenções como episiotomia, lavagem, tricotomia, Kristeller, entre outras, e o meu desejo de um parto de cócoras ou na água, ela me disse que nós, mulheres ocidentais, não temos períneo pra isso – "Isso é coisa de índio, que vive agachado e aguenta essa posição". Bom, com isso ela me deixou à vontade para ir a outro médico, e foi o que eu fiz! Consultei outros dois médicos considerados adeptos de práticas humanizadas, e optei pelo dr. Paulo. Encontramos nele um profissional com a prática diária do parto normal e natural que, com a sua tranquilidade, experiência e, acima de tudo, ética, nos ajudou a fortalecer nosso desejo por esse tipo de parto.

Medos e incertezas

Apesar de toda preparação, leitura e conversas com as mais diversas pessoas, passei por muitos momentos de incertezas quanto ao tipo de parto. Ficava pensando se não estava idealizando demais e tinha, inclusive, medo de me frustrar por não conseguir ter um parto natural ou mesmo normal. Ao mesmo tempo que

queria muito, também receava não dar conta da dor e de todo trabalho de parto, por isso pedi muito ao dr. Paulo que eu tivesse a possibilidade de tomar anestesia caso eu pedisse na hora H (ou melhor, na hora P). Além disso, tinha dúvidas também quanto ao local do parto: queria que fosse um lugar com todos os recursos disponíveis caso eu ou a minha filha precisássemos.

Esses e todos os outros medos e incertezas duraram por toda gestação, apesar de irem diminuindo mais no final. Mesmo assim, a escolha do local do parto foi com aproximadamente 36 semanas, bem pertinho da data de nascimento da minha filha. Escolhi a casa de parto depois de muito conversar com o dr. Paulo (...).

Minha filha estava prevista para nascer 22 de setembro pela DUM (data da última menstruação) e 28 pela US (ultrassonografia). Porém, no sábado, dia 15, quando eu ia fazer as unhas, depilar e preparar nossas malas, ela nasceu! Trabalhei até sexta-feira, véspera do nascimento da minha filha.

Tive uma consulta dois dias antes e estava com dois centímetros de dilatação. Foi o primeiro e único exame de toque antes do parto. Estava com fortes dores na virilha que me impediam de ficar sentada ou deitada por mais de vinte minutos... Mal sabia que já era meu corpo se abrindo para o nascimento da minha filha.

O dia mais cheio de alegria

Por volta das 9 da manhã de sábado, depois de tomar café, comecei a ter umas contrações diferentes das que vinha tendo nos últimos dois meses... Era uma contração na parte inferior da barriga, e não nela toda, como antes. Não eram doloridas, então continuei me arrumando para ir me depilar. Percebi também que estava perdendo um pouco de líquido amniótico e que o tampão havia saído. Pedi ao meu marido para ligar para o dr. Paulo e contar o que estava acontecendo. Dr. Paulo perguntou a duração e frequência das contrações. Como eu não tinha contado ao certo, falei que estava durando uns cinco segundos e que o intervalo era de uns dez minutos... Isso baseada no meu 'achômetro'. Dr. Paulo falou com o meu marido para eu me deitar um pouco e descansar porque provavelmente eram só as contrações de Braxton Hicks. Tentei fazer o que ele falou, mas simplesmente não conseguia ficar deitada, meu corpo não queria e não aceitava...

Resolvi, então, tomar banho para sair. Durante o banho, as contrações se intensificaram e pedi para o meu marido cronometrar... Pasmos... Estavam durando quarenta segundos com intervalo de três minutos entre uma e outra... Falei pro meu marido arrumar as malas, mas também pra ficar comigo durante as contrações, que estavam mais intensas e doloridas. Ele ficou doidinho, porque eu dava mil ordens ao mesmo tempo! Além disso, ele não acreditava que minha filha estava mesmo prestes a nascer. Ligamos novamente pro dr. Paulo e ele pediu para irmos para a casa de parto, que lá o enfermeiro me examinaria e passaria as informações pra ele acompanhar.

Liguei pra minha mãe, disse que estava parindo e pedi que ela viesse rapidamente pra minha casa. A presença, a participação, o carinho, o apoio, o amor e a força dela e do meu pai eram fundamentais nesse momento tão marcante da minha vida. Entre uma contração e outra, eu ia me vestindo e pedindo ao meu marido pra pegar uma coisa e outra para levarmos... Parecia mais que íamos viajar de férias por um mês, pois levamos umas quatro bolsas de viagem com roupas, acessórios, kit alimentação (Gatorade, biscoitos etc).

Durante as contrações, só conseguia ficar agachada ou de quatro no chão. Meus pais chegaram à minha casa quando já estávamos prontos pra sair – isso devia ser por volta de 10 ou 11 horas da manhã. Fui de quatro no banco de trás do carro, com meu pai na frente, o meu marido dirigindo e minha mãe comigo atrás, achando que a minha filha nasceria ali mesmo! O trânsito estava caótico, tinha algum evento no centro de Belo Horizonte e estava tudo engarrafado... Nessa hora comecei a me arrepender de ter escolhido um local tão longe da minha casa para dar à luz... Putz, parece que demorou horas pra chegar à Casa de Parto do Sofia Feldman. No caminho, ia pedindo à minha mãe pra ligar pro dr. Paulo, pra minha amiga que trabalha no Sofia, pra moça das lembrancinhas. A bolsa terminou de romper no caminho, dentro do carro.

Na Casa de Parto do Hospital Sofia Feldman

Chegando à casa de parto, minha amiga já estava nos esperando na porta. Ela preparou tudo... Deixou todos e tudo a

postos para a minha chegada e o nascimento da minha filha – a considero uma irmã de coração. Ela leu meu plano de parto e providenciou tudo! Preparou o quarto da banheira com música clássica, penumbra, me deu de presente uma doula superespecial, me deu chocolate, suco e vários comes e bebes durante o trabalho de parto. Ela filmou, fotografou e foi uma presença superimportante!

Entrei às 12 horas, engatinhando, na casa de parto e, ao ser examinada pelo enfermeiro obstetra, estava com quatro centímetros de dilatação. Fiquei embaixo do chuveiro, sentada na bola com o apoio e o carinho constantes do meu marido, da minha mãe (que ficou ao meu lado o tempo todo, me dando todo amor e carinho que só ela sabe dar!) e da doula, que me orientava e conversava comigo – ela foi uma fonte de força e concentração durante todo o tempo. De vez em quando, o enfermeiro vinha auscultar o coraçãozinho da minha filha, enquanto o quarto estava sendo preparado. De vez em quando também, meu pai e minha sogra entravam pra me dar um alô e dizer que estavam ali comigo! Por volta das 15 horas, o enfermeiro fez outro toque e constatou sete centímetros de dilatação. Durante esse tempo, fiquei rebolando na bola, embaixo do chuveiro (que relaxava e aliviava muito as contrações) e respirando. Bebi água, tomei suco, comi chocolate. Depois de algum tempo já não conseguia mais ficar sentada na bola, só de pé. Também comecei a ter a famosa vontade de fazer cocô. Por volta das 16 horas, fui para o quarto da banheira e, no caminho, já vi o dr. Paulo, com sua tranquilidade de sempre. Fiquei superfeliz e segura ao vê-lo!

Quando entrei no quarto, fiquei emocionadíssima! Todo escurinho, quentinho, com uma musiquinha suave e um clima superaconchegante que a minha amiga preparou junto com os outros profissionais. Ali pude vivenciar o que entendia por "casa de parto". Realmente, era um ambiente caseiro, com pessoas afetuosas e acolhedoras. Nada daquele cheiro, daquelas cores acinzentadas e do clima frio dos hospitais.

A banheira: hummmm!!!

Dr. Paulo pediu para me examinar antes de entrar na banheira e verificou que eu já estava com nove centímetros de

dilatação. Eu já não conseguia mais ficar sentada, nem deitada, e, ao colocar os pés na água, me senti absolutamente relaxada, foi como se eu tivesse tomado um analgésico ou anestesia, impressionante, até gemi de prazer! Os intervalos das contrações ficaram maiores e a dor ficou bem mais amena. Ainda não tinha vontade de fazer força. O meu marido ficou atrás de mim, me apoiando, dando força, carinho e amor, a doula me dando água e orientando as respirações do meu lado, minha mãe do outro era pura emoção, minha sogra quietinha olhando e torcendo, a técnica de enfermagem assessorando o dr. Paulo e a minha amiga filmando e fotografando tudo. Essa era a casa!

Nasceu a flor mais bela do nosso jardim: minha filha

Fiz força somente quando meu corpo pediu (e ele pede mesmo!), e, mais perto do momento expulsivo, tive a sensação de que ia rasgar toda. Quando o dr. Paulo falou que só faltava a minha filha vencer a resistência do meu períneo, pedi pra ele cortar tudo porque já estava cansada e com muita dor. Mesmo assim não tive vontade e nem senti necessidade de tomar anestesia. No final, pedi socorro, ao que o dr. Paulo comentou: "Pronto, pediu socorro, agora vai nascer!". Falou também que bastava eu dar uns dois gritos com bastante força que a minha filha nasceria. Meu pai estava do lado de fora, assustado com meus gritos, e, ao ver a auxiliar de enfermagem entrando no quarto com oxigênio, ficou apavorado! Eles colocaram um espelho pra eu ver a cabecinha dela saindo, eu coloquei a mão nela, mas tive bastante aflição. Ela nasceu às 17h20 e, na hora da expulsão, eu não a senti nascendo. Como ficava a maior parte do tempo de olhos fechados, viajando meio em transe entre uma força/contração e outra, depois que ela nasceu continuei assim, esperando. Foi quando o dr. Paulo falou pra eu pegá-la – ela já estava no meu colo e eu achando que ainda viria outra contração. Tomei o maior susto quando a vi no meu colo, fiquei abraçando, fazendo carinho nela e perguntando a todos se ela tinha nascido mesmo! Dr. Paulo falou pra eu segurar o cordão e dizer quando ele parasse de pulsar. Eu estava tão extasiada que não senti nenhum pulsar. Depois que parou de pulsar, o meu marido cortou o cordão que, segundo ele, é muito duro, e ficou com a minha filha no colo, enquanto eu saía da água

para expulsar a placenta e ser examinada. Não tive nenhuma laceração, a placenta saiu e estava ótima, não levei pontos e não precisei de ocitocina (nem antes, nem durante, nem depois do parto).

Minha filha mamou enquanto fiquei ali deitada, e foi maravilhoso vê-la olhando pra mim e procurando o peito. Meu marido levou nossa flor para ser pesada e medida, depois de uma ou duas horas no meu colo. Conversamos com o dr. Paulo e autorizamos que ministrassem o colírio de nitrato e a vitamina K na nossa filha.

Minha filha nasceu com 45 cm, 2,79 kg, apgar 9 e 10 e lindíssima!!! (...) Foi um parto realmente maravilhoso e indescritível. Todos ficaram impressionados, e eu mais ainda! Essa foi a experiência mais forte, linda e divina que vivi em toda minha vida. Realmente, toda mulher deve ter o direito e lutar para vivenciar o parto da forma mais prazerosa e intensa possível. Vale a pena mesmo!!!

Minha filha nasceu muito saudável, mas, no dia seguinte ao parto, precisou ser aspirada porque estava bem nauseada. Fiquei com ela o tempo todo e foi bem rápido, ela até dormiu enquanto era aspirada.

Experiência divina

Um amigo nosso comentou com meu marido: "Puxa, sua companheira é macha pra caramba!", e eu fiquei com essa frase matutando na minha cabeça: como nossa sociedade fragiliza a mulher e a coloca como incompetente e incapaz de fazer algo que só ela pode fazer! Por que será que para parir assim, naturalmente, somos consideradas machas, e não FÊMEAS?! O parto pra mim foi o apogeu da feminilidade, uma experiência única. Vi Deus, literalmente, ao ver minha filha em meus braços (...).